SUPPLÉMENT

(1900-1905)

A L'EXPOSÉ DES

TITRES & DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

J.-A. DOLÉRIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS
CANDIDAT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SECTION D'ACCOUCHEMENTS

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
52, RUE MADAME
1905

ADDENDA

(De 1900 à 1905 inclus)

TITRES SCIENTIFIQUES

Rapporteur au Congrès international de Paris 1900.
(Infections puerpérales.)

Rapporteur pour la France au Congrès international de Madrid 1903.
(Inflammations pelviennes.)

Vice-Président de la Société obstétricale de France pour 1906.

Chargé de cours cliniques de la Faculté à l'hôpital Boucicaut (1901-1903).

Président de la Société Médico-Chirurgicale 1904.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat de l'Académie de Médecine, Prix Huguier 1901.
(*La Pratique Gynécologique*, 2 volumes, en collaboration avec le Dr Pichevin.)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

PARIS	1900
ROME	1902
MADRID	1903
ROUEN	1904

I

GROSSESSE — ACCOUCHEMENT — AVORTEMENT

1. — Traitement de la grossesse ectopique.

Bulletin de la Société d'Obst., Gyn. et Péd. — La Gynécologie, juin 1900.

L'auteur a seulement pour but de mettre en relief les trois points suivants :

1° *Le siège exact de l'œuf ectopique dans la trompe ;*

2° *Le siège occupé par la trompe dans l'abdomen ou le bassin ;*

3° *L'évolution de l'œuf, suivant qu'il se développe régulièrement et reste vivant, ou suivant qu'il meurt et devient abortif.*

1° Siège de l'œuf. — Au point de vue topographique et pronostique on peut ranger les positions de l'œuf en trois catégories :

a) Les grosses hémorrhagies sont dues le plus souvent à la rupture de grossesses siégeant dans les parties *moyenne* et *interne* de la trompe.

b) Les grossesses *tubo-fimbriaires* ou *tubo-abdominales* sont celles qui produisent les hémorrhagies les moins subites et les moins considérables, et qui peuvent arriver à un développement très avancé ou à terme.

c) Les grossesses siégeant sur le tiers externe donnent lieu à des hémorrhagies modérées, ou limitées par des adhérences péritonéales solides.

2° Siège de la trompe et de la tumeur tubo-fœtale. — La variété tubo-fimbriaire et la variété tubaire externe occupent le cul-de-sac de Douglas de très bonne heure.

Toutes les autres variétés de grossesse tubaire occupent un siège élevé dans le bassin et sont plus aisément perçues dans le cul-de-sac pré-utérin. En cas de rupture, la masse occupe la zone hypogastrique : l'hémorrhagie est profuse.

3° Évolution de l'œuf. — L'avortement tubaire est caractérisé par des crises d'hématosalpinx ou d'hématocèle très douloureuses, à intervalles éloignés.

Le traitement de la grossesse tubaire a été précisé après de nombreuses discussions : Il semble que *la voie vaginale* ne peut réellement convenir qu'aux grossesses *jeunes et de petit volume* : l'indication en est confirmée et décidée par le *siège pelvien* très déclive de la tumeur et par une *mobilité relative* de cette dernière ; la voie vaginale s'applique aussi aux tumeurs gravidiques anciennes, à siège pelvien, converties en hématocèles tubo-pelviennes enkystées solidement.

La voie abdominale offre à l'auteur plus de sécurité. Les indications sont les suivantes : le siège abdominal de la tumeur, l'hémorrhagie cataclysmique, le volume considérable de la tumeur et son ancienneté.

Quant à l'avortement tubaire, à forme *hémato-salpingitique*, l'adoption de la voie abdominale ou vaginale paraît être *ad libitum*.

Au point de vue exclusivement pratique l'auteur insiste sur les trois questions suivantes :

Diagnostic du siège ;

Avortement avec rétention tubaire ;

Technique et conditions plus précises de la colpotomie.

1° *Diagnostic du siège.* — Le diagnostic du siège de l'œuf ectopique dans la trompe n'est pas possible une fois la rupture effectuée, à cause de l'hémorrhagie liquide, des caillots, des adhérences : d'ailleurs une constatation plus ou moins précise est sans intérêt en présence d'une indication d'opérer qui est presque absolue.

Mais avant la rupture, dans les premières semaines, cette localisation n'est pas impossible et elle est intéressante au point de vue du pronostic de la rupture et du choix du procédé opératoire.

2° *Avortement et rétention tubaire.* — L'auteur insiste surtout sur la rétention de l'œuf mort dans la cavité tubaire avec ou sans rupture de la paroi de la trompe ; c'est ce qu'on pourrait appeler la *rétention tubaire*.

L'avortement peut se produire de plusieurs façons :

— Dans certains cas la difficulté que l'œuf éprouve à se greffer sur la muqueuse de la trompe explique aisément l'arrêt de son développement et sa mort précoce.

— Dans d'autres cas c'est une hémorrhagie plus ou moins abondante qui se fait jour par le pavillon ; un décollement partiel a lieu et l'embryon succombe. L'œuf meurt sans avoir été expulsé.

— Dans d'autres cas enfin, une fissure ou une rupture s'étant produite en un point distendu à l'excès et nécrosé, l'abondance de la perte de sang décide de la cessation de la grossesse.

L'auteur signale les *crises paroxystiques douloureuses* qui correspondent aux *hémorrhagies successives*. Leur mécanisme est simple : elles s'expliquent par l'intolérance de la trompe, très hypertrophiée, capable de contractions et de mouvements qui rappellent les douleurs expulsives de tous les conduits musculaires. Ce fait découle des observations publiées par Strauch en 1899, par Veit, Thorn et l'auteur lui-même.

Tel est le cas suivant, observé par l'auteur. Une malade est opérée le 25 juillet 1896, ayant tous les symptômes d'une grossesse ectopique : pertes sanguines abondantes, douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen, empâtement diffus dans la zone pelvi-abdominale gauche, etc. Aussitôt le cul-de-sac postérieur incisé largement, il s'en écoule un flot de sang noir mélangé de caillots solides. La trompe gauche, volumineuse, en saillie et l'ovaire gauche bosselé, petit, sont extirpés. Les suites de l'opération sont normales.

Examen des organes enlevés : La trompe incisée contient deux caillots, un du volume d'un œuf dans sa portion moyenne, un du volume d'une noix dans sa portion externe. Entre les deux, une portion rétrécie de deux centimètres de longueur. La coupe du caillot principal montre des travées fibrillaires, vestiges des villosités choriales, et une cavité centrale, avec un tractus qui figure un vestige de cordon. La coupe de la tumeur de moindre volume est celle d'un caillot fibrino-cruorique sans cavité centrale.

3° *Choix du procédé opératoire. Colpotomie.* L'auteur rapporte une *observation* de laquelle découle la conclusion de ce qui a été dit précédemment au sujet du choix du procédé opératoire.

L'auteur, après avoir diagnostiqué une grossesse tubaire droite rompue chez une femme de 26 ans, opéra cette malade le 22 mai.

La laparotomie fut faite : une grande quantité de sang était épanchée dans le péritoine ; la surface des anses intestinales, agglutinées par du sang, saignait au moindre contact ; on renonça très vite à la voie abdominale à cause de la difficulté d'une surveillance rigoureuse post-opératoire, la certitude de difficultés multiples, l'hémorrhagie abondante. L'abdomen fut abstergé, refermé et drainé.

Une large colpotomie antérieure fut alors pratiquée. A la profondeur de 6 centimètres, on trouva la paroi tendue de la poche qui fut ouverte au bistouri et élargie autant que possible avec des ciseaux : Par l'ouverture il s'écoula une masse de caillots noirâtres et du sang fluide. Le placenta décollé pouvait être senti avec le doigt, ainsi que les parois tubaires épaissies.

On n'essaye pas alors d'extirper le placenta et l'on fait simplement un drainage vaginal.

Le 2 juin, on procède à l'ablation du placenta avec une curette large : il sort des débris un peu odorants. Lavage de la poche tubaire. Nouveau drainage.

Au bout de 26 jours, la plaie abdominale et la plaie vaginale étaient complètement cicatrisées.

Le 5 juillet, la malade avait ses règles normales.

L'auteur estime, que s'il a pu obtenir la guérison par la colpotomie, cela est dû à ce qu'il a pu tomber sur la tumeur tubaire directement, en poursuivant l'incision vaginale très haut, et ouvrir la cavité de la trompe adhérente à la paroi pelvienne antérieure, ce dont il a pu s'assurer par le toucher. L'hémostase assurée, il ne s'est pas reproduit d'hémorrhagie.

C'est donc un point essentiel, lorsqu'on opère par le vagin que de pouvoir extirper la trompe en entier ou l'ouvrir largement quand elle est possible à atteindre et qu'elle adhère à la paroi pelvienne postérieure ou antérieure.

2. — Hémorrhagies latentes de la grossesse.

Bulletins de la Société d'Obst., Gyn. et Péd. — La Gynécologie, 15 avril 1902.

L'auteur rapporte deux observations qui ont trait à deux formes différentes

d'hémorrhagie interne. Elles ont de commun la difficulté d'un diagnostic précis.

Dans l'une de ces observations, il s'agit d'un exemple extrêmement rare d'une hémorrhagie pelvi-abdominale très abondante, ayant commencé aux derniers jours qui ont précédé l'accouchement, et ayant continué son évolution après l'accouchement même : c'est bien une *hématocèle pelvi-abdominale gravidique*.

L'autre observation a trait à un cas *d'hémorrhagie inter-utéro-placentaire* analogue aux cas rapportés par MM. Lepage et Champetier de Ribes, à cette différence près que, dans les observations de ces deux accoucheurs, la cause de l'accident était un traumatisme avéré, tandis que dans celle-ci, rien ne permet d'invoquer une étiologie semblable ; elle n'est pas due non plus à une albuminurie de la mère, ni à une brièveté réelle ou relative du cordon ombilical. L'origine de l'hémorrhagie paraît être dans une rupture du sinus circulaire ou coronaire du placenta, que l'on pouvait attribuer à une débilité anormale des parois de ce vaisseau.

Observation I. — *Hémorrhagie rétro-placentaire abondante* (*1 litre et demi de sang*) *à 7 mois de grossesse.*

Malade âgée de 35 ans, fleuriste, entrée à la Maternité de Boucicaut le 23 janvier 1900.

Antécédents. — Réglée à 12 ans, régulièrement. A eu trois grossesses et accouchements à terme, dont le dernier en 1891.

Quatrième grossesse actuelle : dernières règles du 21 au 25 juillet. Le 22 janvier, les malaises que la malade ressentait depuis quelque temps se sont accentués ; le 22 et le 23, elle a eu deux syncopes.

Le faciès est pâle. Pouls : 100.

Le 24 janvier : T. 37°6. Utérus comme à terme : 39 centimètres verticalement, 50 à 60 transversalement.

Le 26 janvier, la malade a des douleurs ; la tête se présente au col, qui est dilaté comme une pièce de 5 francs.

On rompt les membranes ; 45 minutes après, expulsion d'un enfant mort et macéré, pesant 2.350 grammes.

Le placenta apparaît aussitôt à la vulve ; immédiatement après la délivrance, il sort une grande quantité de caillots, avec du sang liquide noirâtre : le toucher utérin apprend que le placenta était inséré sur la paroi postérieure de l'utérus.

Les caillots solides pèsent 1.000 grammes ; on pouvait estimer à 200 grammes le sang liquide écoulé.

Le placenta a perdu son aspect lobulé ; il est divisé en deux parties, l'une saillante, l'autre aplatie, lisse, figurant une sorte de cuvette sur laquelle adhérait le caillot principal. Le sinus coronaire est rompu en deux endroits : il

forme un relief noirâtre dû aux caillots qui le remplissent ; sa paroi est extrêmement mince.

Le troisième jour après l'accouchement, le 29 janvier, les lochies deviennent fétides ; un mouvement fébrile léger se produit : on pratique alors la thérapeutique intra-utérine habituelle : curettage, écouvillonnage, tamponnement antiseptique, et injections intra-utérines. L'infection disparaît.

Réflexions. — L'auteur, n'ayant pas constaté chez cette malade, de traumatisme antérieur, de lésions rénales, cardiaques ou hépatiques ; ayant trouvé, en outre, quelques stigmates de neurasthénie, pense que des troubles nerveux caractérisés souvent par une congestion très intense, peuvent aller, chez une femme enceinte, jusqu'à la rupture d'une grosse veine placentaire sous l'influence d'une tension excessive.

Observation II. — *Vaste hématocèle pelvi-abdominale, au cours d'une grossesse gémellaire.*

Emilie L..., primipare, apportée dans le service, le 28 mai 1901, avec le diagnostic : péritonite suraiguë, consécutive à une occlusion intestinale.

Le début de sa grossesse remonte au mois de novembre ; les premiers mois de la grossesse avaient été assez pénibles. Le 27 mai, la malade a été prise de coliques péri-ombilicales, avec points douloureux dans l'hypochondre et les fosses iliaques, gêne respiratoire et lypothymies.

A l'arrivée à l'hôpital, la malade est très abattue. Pouls : 180. Anxiété respiratoire. Abdomen très volumineux, tendu et résistant. Le palper fournit peu de renseignements : au toucher, on sent une tête fœtale engagée. Les membranes sont tendues et rénitentes. On a l'impression qu'il s'agit d'une grossesse gémellaire avec hydramnios et péritonisme. Hauteur utérine : 33 centimètres.

Pendant la journée du 28, la constipation continue, mais le travail progresse. A 3 heures, rupture artificielle de la poche des eaux, écoulement de 300 grammes de liquide ; à 7 h. 30, expulsion d'un fœtus mort, de 500 grammes ; à 8 h. 5, second fœtus expulsé, de 550 grammes. A 8 h. 15, délivrance spontanée. Le placenta pèse 500 grammes.

Pendant la semaine qui suit l'accouchement, l'état général de la malade est satisfaisant ; mais le 11 juin, nouvelle phase de constipation, élévation thermique.

Le 12 juin, la situation empire ; on constate au-dessus du pubis une zone mate, saillante, à contours mal limités, s'étendant presque jusqu'à l'ombilic et vers les fosses iliaques : l'utérus ne mesure que 11 centimètres de cavité.

Les 13 et 14 juin, la situation empire, le facies devient péritonéal et une intervention est jugée nécessaire.

Opération. — Le péritoine pariétal incisé, on tombe sur un kyste hématique d'aspect violacé, adhérant à l'épiploon, recouvert par les anses intestinales, agglutinées grâce à un exsudat ancien, qui sert de couvercle à la tumeur.

Le kyste, incisé, laisse écouler une grande quantité de sang lie-de-vin, et une masse de caillots ; l'une des loges du kyste contient un liquide d'odeur fécaloïde.

Tous les tissus environnant le kyste sont friables, parcheminés, et saignent facilement.

Le drainage est fait par le Douglas, perforé, mis en communication avec le vagin, et par un drain abdominal.

Le 19 juin, l'état de la malade s'améliore ; elle sort en bon état le 15 juillet

Le kyste renfermait exclusivement le colibacille en abondance.

Réflexions. — L'auteur écarte l'hypothèse d'un traumatisme criminel, d'une rupture utérine, d'une grossesse ectopique gauche. Il ne peut rien affirmer, ni nier au sujet d'une rupture vasculaire.

L'auteur a examiné la malade depuis sa sortie à plusieurs reprises : elle n'a aucune douleur, aucune gêne ; bon état général. Les mentrues apparaissent toutes les trois semaines comme autrefois.

3. — Rétroversion de l'utérus gravide. — Son traitement chirurgical.

La Gynécologie, 15 juin et 15 octobre 1902.

Après quelques considérations générales et un historique de la question sur les rapports de la grossesse avec la rétroversion, l'auteur rapporte trois observations de cas, opérés par lui suivant le principe le plus logique et le plus récent, préconisé par Pinard, dans les cas sérieux : *la laparotomie.*

Observation I.

La nommée L..., 36 ans, entre à la Maternité Boucicaut le 28 mai 1901.

A eu deux grossesses normales ; en 1892 fait une fausse couche, résultant d'un violent coup de pied dans l'hypogastre ; depuis cette époque elle reste affectée d'une rétroversion utérine.

Actuellement, elle accuse un retard de règles de deux mois environ ; elle pense être enceinte ; douleurs vives dans le bassin et l'hypogastre, constipation invincible ; miction douloureuse et difficile.

L'utérus est volumineux, entièrement rétroversé et rétrofléchi. Le corps et le fond forment une tumeur volumineuse, régulière et rénitente qui occupe le cul-de-sac de Douglas, et fait une saillie très accusée vers le vagin. L'abaissement notable du Douglas et la colpocèle postérieure très accusée, créent des conditions d'incarcération redoutables.

Le col utérin est petit, situé très haut derrière la symphise pubienne et regardant l'orifice vulvaire.

Un peu de colostrum à la pression des seins ; pigmentation de l'aréole mammaire et de la ligne abdominale. Pas de nausées ni de vertige.

Le diagnostic de grossesse est porté.

Après quelques jours de repos et de traitement général, l'état de la malade ne s'améliore pas.

L'intervention est décidée et pratiquée le 18 juin. Chloroformisation, laparotomie. L'utérus dégagé et ramené en avant tend à reprendre sa position vicieuse. On procède alors au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par le procédé de l'auteur.

L'abdomen est suturé en deux étages. Le toucher pratiqué de suite après l'opération assurait que le Douglas était vide. Par contre, le col utérin était abaissé et la masse utérine elle-même, bien que réduite, descendait très bas vers l'orifice vulvaire.

Suites opératoires. — Très simples.

26 juin : Distance du fond de l'utérus au pubis 14 centimètres.

2 juillet : On enlève les fils.

12 août : La malade perçoit les premiers mouvements de l'enfant.

L'accouchement a eu lieu à terme, le 1er janvier 1902. Présentation : sommet. Durée du travail 9 heures.

Terminaison spontanée. L'enfant pesait 4.000 grammes.

Examen à la sortie : le 13 janvier 1902. Involution normale. Utérus en bonne attitude un peu abaissé.

Observation II.

La nommée Fl., 29 ans, entre à la Maternité Boucicaut le 2 août 1900.

Père arthritique. Mère folle.

A eu une grossesse normale en 1889.

Dès les premiers jours de juin, nausées, coliques, vomissements, vertige. La malade perd en rouge d'une façon constante.

Le ventre n'est ni volumineux, ni tendu ; on ne retrouve pas l'utérus par l'abdomen. Les seins sont augmentés de volume ; tubercules aréolaires saillants. Un peu de colostrum à la pression.

Au toucher, le cul-de-sac de Douglas est entièrement rempli par une tumeur du volume d'un œuf de dinde, résistante, bosselée.

Le col est long, ramolli.

Urines normales.

Le diagnostic de grossesse tubaire gauche est affirmé.

Le 4 août 1900, la malade est opérée.

Laparotomie. Destruction d'adhérences entre l'intestin grêle et la tumeur, qui occupe le Douglas : les annexes gauches forment ensemble une tumeur du volume d'une orange ; elles sont dégagées, liées, extirpées.

Légère cautérisation de la surface de l'intestin grêle et de l'utérus.

Après 30 jours la malade quitte l'hôpital en bon état.

Depuis cette époque la malade s'est bien portée.

En octobre et novembre les règles font défaut. Le 22 novembre, par le toucher, on constate que le bassin est rempli par une tumeur qui paraît double. En arrière, très bas et déprimant le cul-de-sac de Douglas, tumeur régulière, demi-dure, qui paraît être l'utérus rétroversé, notablement augmenté de volume et de consistance diminuée.

Le col regarde en haut et en avant. En avant et à droite le fond du bassin est occupé par une tumeur résistante, régulière, lisse, ellipsoïde, qui paraît un peu aplatie d'avant en arrière et jouit d'une certaine mobilité. Le diagnostic qui s'impose est :

1° *Tumeur annexielle droite.*

2° *Rétroversion utérine.*

Quant à la *grossesse* elle paraît probable : suppression des règles, lassitudes fréquentes, augmentation de volume des seins, aréole pigmentée, tubercules de Montgomery saillants, vomissements, constipation opiniâtre, etc. La grossesse est admise.

La rétrodéviation peut s'expliquer du fait de la tumeur annexielle qui oppose un obstacle à l'utérus en avant et le repousse fortement en arrière.

La malade est mise au repos. Mais, après quelques jours, la situation au lieu de s'améliorer ne fait qu'empirer.

L'*opération* est décidée et pratiquée le 9 décembre sous le chloroforme.

Laparotomie avec incision courte.

L'ovaire droit est converti en un kyste du volume d'une orange. L'utérus est étalé, de couleur violacée, luxé en arrière dans le fond du Douglas, et fortement attiré à gauche par une bride tendue et épaisse : c'est le moignon des annexes extirpées seize mois auparavant.

Destruction des adhérences. Ligature et section des annexes droites. Raccourcissement des ligaments ronds par fixation bilatérale à la plaie.

Suites opératoires normales.

Le 10 février 1902, la mère sent les mouvements actifs.

Le 26 mai 1902, la hauteur de l'utérus est de 27 centimètres.

Le fœtus présente le siège, dos à gauche.

On effectue la version par manœuvres externes : la tête est ramenée en bas.

Le 11 juin, le siège est redescendu : la version externe est pratiquée à nouveau.

Le 16 juin, la tête est engagée.

Accouchement, à terme, normal, le 30 juin, en O. I. G. A. Expulsion spontanée après 12 heures de travail d'un enfant de 2.850 grammes.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

Le 12 juillet, la malade quitte la Maternité en parfait état. Un pessaire de Hodge est appliqué, qui restera en place pendant quelques semaines. La malade, revue à diverses reprises, se porte bien. L'utérus est en bonne position ; aucune apparence de colpocèle.

Observation III.

Mme A..., 34 ans, entre à la Maternité Boucicaut le 8 avril 1902.

Cette malade a été très strumeuse dans sa première enfance. La première menstruation a eu lieu lorsqu'elle avait *20 ans :* les règles étaient douloureuses et abondantes.

Jamais d'enfants ni de fausses couches.

Les règles qui auraient dû reparaître le 6 février ne se sont pas montrées. Quelques nausées, pas de vomissements, un peu d'augmentation du volume des seins, somnolences : la grossesse paraît remonter aux premiers jours de janvier.

Dès les premiers jours de mars la malade a eu des douleurs lombaires et abdominales ; à la suite de violentes fatigues, la malade ressent, le 29 mars, comme un poids pénible, douloureux, *qui lui est tombé dans le bas de l'abdomen*. Le 30 mars, elle ne peut uriner, M. le Dr Framery, lui retire *trois litres d'urine*. Le cathétérisme a été continué pendant une semaine.

Le 8 avril, *à la palpation*, on sent un utérus gros, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. *Au toucher*, le col est un peu effacé, mou, regardant en avant. Le corps de l'organe donne l'impression d'un utérus de trois mois. Il est peu mobile à cause de son profond enclavement dans le Douglas. La réduction de l'utérus, gravide, et *entièrement rétroversé* paraît impossible.

Opération le 11 avril 1902. — Chloroformisation. Laparotomie à courte incision :

L'utérus est mou, dépressible, foncé, livide. Il est plongé profondément dans le Douglas et situé verticalement de façon que le col, ramené très haut derrière la symphyse, est perçu aisément au travers de la vessie. Les annexes sont normales.

La réduction est effectuée par traction simultanées exercées sur les deux ligaments ronds.

Fixation des deux ligaments, selon le procédé ordinaire, dans la plaie abdominale.

Suites opératoires normales.

Le 20 avril : les fils sont enlevés ; l'utérus est mou et bien situé, mictions abondantes.

25 avril : hauteur de l'utérus : 13 centimètres.

Le 12 mai la malade quitte le service.

Le 6 septembre, elle revient à la consultation : la hauteur de l'utérus est de 36 centimètres.

Le fœtus est en O.I.O.I. : tête profondément engagée.

L'accouchement se fait, normal, le 17 octobre, enfant de 3.200 gr. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE L'AUTEUR POUR LA CURE DE LA RÉTRODÉVIATION.

I. — *Premier procédé de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds*, par inclusion pariétale d'une anse de chaque ligament dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

1er temps. — Ouverture de l'abdomen.

La malade étant anesthésiée et les précautions d'usage étant prises, on fait sur la ligne médiane une incision de 8 à 10 centimètres qui, de la partie moyenne du pubis, se dirige en haut vers l'ombilic. On incise successivement la peau, le tissu cellulaire, la ligne blanche, le péritoine.

2e temps. — Reconnoissance et libération de l'utérus.

Pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie, et qu'un autre relève soigneusement la masse intestinale, le chirurgien introduit la main dans le Douglas. Le fond de l'utérus est reconnu et les adhérences sont détruites : on ramène la matrice en antéversion normale, avec une pince tire-balles et on traite les annexes quand elles sont malades, comme il convient.

3e temps. — Reconnaissance et saisie des ligaments ronds.

Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 5 centimètres de l'utérus. A ce niveau ils sont constitués par un cordon épais, blanchâtre : c'est en ce point qu'il faut les saisir afin de les attirer en dehors.

On passe au-dessous de chacun d'eux, au moyen d'une aiguille courbe, une anse de fort fil de soie ou de gros catgut. Grâce à cette anse les ligaments ronds sont facilement attirés en dehors de l'abdomen et accolés à l'angle inférieur de la plaie abdominale. La portion externe des ligaments ronds habituellement très atrophiée dans les rétrodéviations se trouve ainsi notablement raccourcie : s'il est nécessaire, on peut encore les raccourcir davantage par résection d'une plus ou moins grande partie de leur longueur.

4e temps. — Fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie. Fermeture de l'abdomen.

On commence tout d'abord par fixer solidement les ligaments ronds aux parties fibreuses pré-pubiennes, au moyen de deux ou trois gros catguts traversant à la fois ces parties fibreuses et les ligaments ronds. Ce n'est qu'après avoir ainsi bien fixé ces ligaments dans l'angle inférieur de la plaie que l'auteur s'occupe de refermer celle-ci. L'ouverture péritonéale est suturée, suivant l'usage, par un surjet ou par des points séparés traversant les ligaments ronds. Ceux-ci sont encore repris au moment de la suture aponévrotique. Enfin on place les crins cutanés. De cette façon, on a substitué à l'insertion inguino-pubienne des ligaments devenus insuffisante, une insertion solide capable de maintenir l'utérus en bonne position.

Pendant les deux mois qui suivent l'intervention, l'auteur applique un pessaire de Hodge à ses opérées.

II. — *Nouveau procédé de l'auteur.*

1er temps. — Ouverture de l'abdomen. Même incision cutanée que précédemment ; mais l'auteur a soin de respecter la ligne blanche à sa partie inférieure sur une hauteur de 2 à 3 centimètres à partir du pubis.

2e temps. — Reconnaissance, libération, réduction, de l'utérus, comme dans l'ancien procédé.

3e temps. — Reconnaissance, saisie des ligaments ronds comme tout à l'heure ; mais, à ce moment, l'auteur pratique, au moyen du bistouri, de chaque côté de la ligne médiane, et au niveau de la bandelette fibreuse laissée intentionnellement, un petit orifice traversant à la fois péritoine, muscles et aponévrose. Cet orifice est juste suffisant pour permettre, de chaque côté, le passage d'une anse du ligament rond correspondant soulevé par un fil de soie ou de catgut.

4e temps. — Fixation des ligaments ronds dans la plaie. Fermeture de l'abdomen

Tout d'abord, on accole solidement l'un à l'autre, au moyen de deux ou trois catguts, les anses ligamenteuses passées à travers les orifices fibreux. On suture ensuite les plans péritonéaux et musculo-aponévrotique, suivant l'usage; et on termine par la suture cutanée. A ce moment, l'auteur conseille de reprendre encore, avec deux crins, les anses ligamenteuses qui se trouvent ainsi incluses dans le tégument. Grâce à ce 4e temps, les ligaments ronds se trouvent solidement fixés d'une façon double :

1) Par leur accolement intime l'un à l'autre au-devant d'un solide pont fibreux auquel ils se trouvent ainsi tous deux amarrés très fortement.

2) Par leur inclusion dans le tissu sous-cutané.

4. — Fibromes utérins et grossesse.

La Gynécologie, décembre 1899. — Février-avril 1900.

L'auteur commence par résumer les principaux traits de la doctrine qui régnait en France, il y a environ vingt ans, au sujet des grossesses compliquées de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Seuls, les fibromes à siège pelvi-abdominal, enclavés en partie ou en totalité dans l'excavation, étaient considérés comme un danger sérieux ; les fibromes du fond de l'utérus ne sauraient entraver le travail ; un fibrome de la portion libre du col est à la merci de l'accoucheur.

Depuis, avec les progrès de la chirurgie abdominale, on a posé comme principe la conduite suivante : pratiquer l'hystérectomie, dès qu'un fibrome

devient dangereux pour la mère au cours de la grossesse ; attendre le terme pour opérer, dans le cas contraire. Ne se décider que suivant les circonstances du travail. La section césarienne, suivie de l'hystérectomie ou de l'hystérotomie par la méthode de Porro, sera adoptée suivant les cas.

L'auteur, avant de discuter cette doctrine, publie un certain nombre d'observations, dont il tirera les conclusions nécessaires.

Observation I (personnelle).

Mme R., âgée de 40 ans, entrée le 13 mars 1899 à la Maternité de l'hôpital Boucicaut. Réglée à 12 ans, menstrues profuses et longues (8 jours). En 1895, elle fut examinée par l'auteur, qui trouva une tumeur siégeant sur la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus, dure, bosselée, assez mobile. La masse fibromateuse augmenta depuis lors, d'une façon continue et progressive. Les règles étaient toujours abondantes.

Il y a quatre mois, Mme R... n'a pas vu ses règles. Puis, des symptômes de grossesse se produisirent : changement d'humeur, appétit capricieux, nausées et vomissements sans efforts ; la malade avait constamment la bouche remplie d'une salive mousseuse. Le ventre se développa rapidement, sans toutefois devenir douloureux.

Examen : Le ventre est augmenté de volume comme dans une grossesse à terme ; membres inférieurs très œdématiés ; douleurs vives dans les reins et les cuisses ; oppression nocturne.

L'abdomen est rempli par une volumineuse tumeur remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; sa surface présente des saillies secondaires, greffées sur une masse principale ; la plus apparente de ces saillies siège sur la ligne médiane et pointe en avant au-dessus de l'ombilic. Le palper est très douloureux au niveau du flanc droit.

Au toucher, l'excavation pelvienne est remplie par des masses dures, bosselées, volumineuses, qui dépriment et effacent les culs-de-sac vaginaux.

Le col utérin est très haut en avant et à droite ; il est réduit à une saillie inappréciable, dure.

Pas de modification des seins ; l'auscultation de l'abdomen n'apprend rien. L'auscultation du cœur de la malade fait reconnaître un souffle systolique à la pointe qui se propage vers l'aisselle.

L'état général est mauvais. Urines légèrement albumineuses. Y avait-il grossesse ? MM. Gérard-Marchand et Baudron estimaient avec l'auteur qu'il était dangereux d'opérer, vu l'état presque cachectique de la malade.

Le 3 et le 4 avril, la malade est prise d'une perte de sang assez abondante.

Dans la nuit du 5 au 6, expulsion d'un fœtus de 4 à 5 mois, aplati, laminé. Le cordon se rompt spontanément.

L'expulsion du délivre ne se faisant pas, on tente de l'extraire ; mais le trajet cervical, démesurément long, flexueux, le corps de l'utérus perdu au milieu de

masses fibreuses, le siège du placenta impossible à reconnaître constituaient autant d'obstacles insurmontables.

La malade est très affaissée depuis son avortement ; le 10 avril la dyspnée augmente, ainsi que l'albuminurie. On ne peut songer à une intervention. La malade succombe le 12 ; l'écoulement lochial n'a jamais eu aucune fétidité ; la température n'avait pas dépassé 37°2.

Autopsie : A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule un peu de liquide ascitique citrin. Le colon transverse et la masse de l'intestin grêle sont refoulés en haut, par une tumeur irrégulière, mamelonnée, emplissant l'abdomen et pénétrant dans l'excavation pelvienne. On n'aperçoit nulle part l'utérus.

En avant de cette masse,repose la vessie,déviée à droite et en haut, très amincie, allongée et d'aspect fusiforme ; elle adhère fortement à la tumeur.

A gauche, l'S iliaque du colon est fortement comprimée entre la paroi osseuse du bassin et la tumeur, à laquelle elle adhère lâchement.

En arrière, le néoplasme se détache assez facilement de la concavité du sacrum.

Le grand épiploon est relié à la surface antéro-latérale gauche de la tumeur par des exsudats anciens.

La tumeur pèse 6.500 grammes ; sa partie supérieure est trilobée ; la partie inférieure est assez régulière. Pas de saillie qui rappelle le corps de l'utérus ; le col n'existe point. Un orifice indique son abouchement dans le vagin.

A la coupe, on constate que certains nodules néoplasiques ont l'aspect fibromateux, franc, tandis que certains autres présentent l'aspect myomateux. Il n'existe nulle part de géodes kystiques, mais le tissu est imprégné de liquide.

La cavité utérine est ouverte longitudinalement. L'orifice cervical se continue par un conduit étroit long de 19 centimètres, qui aboutit dans la cavité utérine, nettement bicorne. Le placenta est inséré dans la corne gauche.

Les parois de l'utérus ont 1 cent. d'épaisseur au maximum ; elles sont adhérentes de toutes parts aux masses fibromateuses qui les enveloppent.

OBSERVATION II (personnelle).

Mme B., 40 ans, entre à la Maternité Boucicaut le 5 décembre 1898.

Réglée à 13 ans, a eu trois grossesses normales. A été opérée d'une hernie à 28 ans.

Elle se dit enceinte de 7 à 8 mois.

Depuis le début de sa grossesse, elle ne cesse de souffrir ; son ventre a augmenté rapidement de volume.

Examen : Le ventre est volumineux. L'utérus est repoussé à gauche ; on peut facilement déterminer la position du fœtus (O. I. G. A.).

Le côté droit est occupé par une tumeur qui se détache en relief de la surface utérine. Cette tumeur, bilobée ou plutôt réniforme, occupe, en haut, l'hypochondre, le flanc et l'hypogastre ; en bas, elle plonge dans le grand bassin.

Elle est molle, diffluente dans sa partie supérieure ; dure et résistante au contraire dans sa partie inférieure.

Par le toucher, on rencontre aisément le col utérin, abaissé et mou. A droite, on sent poindre la saillie fibromateuse ; la tête fœtale se perçoit très haut vers la gauche ; elle n'est nullement engagée.

L'auscultation révèle les battements du cœur fœtal dans la ligne ilio-ombilicale gauche. Il fut décidé qu'on attendrait le terme de la grossesse pour intervenir malgré l'état assez déprimé et la douleur. Il n'était pas impossible que le travail s'effectuât spontanément et selon les données classiques.

Cependant, après une semaine, la malade avait maigri visiblement ; la constipation était persistante, l'alimentation quasi nulle. Le facies prenait un teint jaunâtre et émacié. La tumeur augmentait rapidement de volume et atteignait les fausses côtes ; la douleur était devenue intolérable, sous forme de crises paroxystiques.

L'opération fut alors décidée.

La malade est chloroformisée le 15 décembre.

Après l'incision de la paroi abdominale, la paroi utérine est immédiatement visible ; elle est incisée ; le placenta est déchiré. Extraction du fœtus vivant qui pèse 2.110 grammes.

Section et ligature des annexes ; section du pédicule utérin aussi bas que possible.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce : Poids total : 2.160 grammes. Fibrome énucléé : 1.510 grammes. Siège intramural. Le placenta était inséré partie sur la paroi antérieure de l'utérus, partie sur la tumeur. La coupe de la tumeur montre une vraie bouillie rougeâtre, lie de vin : il s'agissait bien d'un fibrome ramolli par des hémorrhagies interstitielles.

L'enfant succomba dans la soirée du jour même de l'opération, quoique assez vivace en apparence.

Observation III (personnelle).

Mme S..., 37 ans, entre à la Maternité Boucicaut le 31 janvier 1899, *perdant du sang* en abondance et souffrant de violentes *coliques utérines*.

Tares dégénératives trouvées du côté du père et de la mère. Réglée à 15 ans ; menstrues abondantes et régulières, mais douloureuses, durant 3 à 4 jours.

En 1897, brusque arrêt des règles, suivi de ménorrhagie. Tout rentre dans l'ordre jusqu'en décembre 1898. Ce mois-là elle ne vit pas ses règles revenir. Le 10 janvier 1899, hémorrhagie qui se renouvela le 29 du même mois. Pertes très abondantes accompagnées de douleurs abdominales.

Examen. Au palper, on sent une tumeur qui, par sa partie supérieure, semble faire corps avec la paroi abdominale et qui remonte, à gauche, un peu au-dessus de l'ombilic. Une deuxième tumeur plus petite, globuleuse, fait saillie

au-dessus du pubis. Toutes deux sont dures, fibreuses à n'en pas douter ; elles se fusionnent, en bas, avec le corps de l'utérus, qui paraît augmenté de volume et remplir l'excavation pelvienne.

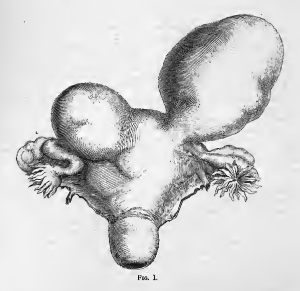


Fig. 1.

La malade est mise en observation jusqu'au 12 février : quelques fragments membraneux ayant été expulsés, il n'y avait pas de raison de persister dans l'expectation.

Le 13 février, on chloroformise la malade. Dilatation avec les bougies d'Hégar ; incision bilatérale du col. Ecouvillonnage : l'écouvillon ramène des fragments de placenta et des débris de fœtus. Curetage, lavage intra-utérin et tamponnement.

On profite alors du sommeil de la malade, pour extraire les tumeurs fibreuses après laparotomie.

On tombe immédiatement sur une tumeur oblongue pédiculée, du volume d'une tête de fœtus à terme, insérée sur la corne gauche de l'utérus ; la tumeur du côté droit est sessile et en grande partie intra-pariétale.

Excision et énucléation. Castration bilatérale.

La malade quitte le service au bout de 27 jours, en très bonne santé. Elle s'est depuis lors, très bien portée.

Observation IV

Mme F..., 25 ans, entre à la Maternité Boucicaut le 14 avril 1899.

Réglée à 13 ans. Menstrues régulières.

Depuis 1893, la menstruation a pris un caractère irrégulier et douloureux. Leucorrhée abondante.

Le 21 mars dernier, et les 15 jours suivants, la malade a perdu de l'eau et du sang au milieu de douleurs expulsives continues. Le 9 avril, perte de sang rouge liquide mélangé de caillots. Il s'agit d'un avortement.

Examen : Malade pâle et déprimée. L'utérus remonte tout près de l'ombilic. Au toucher, on sent, dans le Douglas et remplissant le bassin, une tumeur du volume d'une grosse orange, molle, non mobile.

Examen sous le chloroforme le 18 avril : L'hystéromètre pénètre à 11 centimètres. La dilatation avec les bougies d'Hégar est poussée jusqu'au n° 24. La position de la tumeur est reconnue : Celle-ci occupe la paroi postéro-latérale gauche de l'utérus et paraît développée aux dépens de la moitié inférieure du corps.

La curette promenée dans le fond de la cavité utérine détache et ramène des caillots anciens un peu odorants ; pas de débris membraneux.

Dans les jours qui suivirent l'opération, le traitement consista en lavages et tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformée.

Jusqu'au 12 mai, la malade perdit d'une façon intermittente un liquide à peine teinté ; la masse fibreuse ne diminua pas de volume ; la constipation devenait très difficile à vaincre, le rectum étant fortement aplati par la tumeur.

Le 19 mai, l'hémorrhagie revient plus abondante avec douleurs vives. Puis les pertes de sang persistèrent d'une façon intermittente.

L'opération est décidée, et pratiquée le 30 mai par M. Baudron, qui opta, ainsi que l'auteur, pour l'hystérectomie vaginale.

L'opération fut laborieuse, à cause de l'extrême friabilité de l'utérus. L'utérus fragmenté était d'un examen difficile : il fut néanmoins possible de constater qu'il n'existait réellement pas de fragments placentaires dans le fond de sa cavité. Mais la muqueuse, ainsi que la paroi musculaire, était pâle, peu vasculaire, très friable.

L'aspect de la tumeur était analogue ; le tissu s'écrasait sous les doigts comme le tissu sarcomateux ; il était succulent et aréolaire par places. Il s'agissait bien d'un nodule unique singulièrement hypertrophié, à éléments dégénérés, sans mélange de tissu sarcomateux.

Le 4e jour, la température monte à 38°6 et le pouls à 100 ; ventre très peu météorisé et indolore. Mais, après de copieuses injections de sérum, tout rentra dans l'ordre.

Depuis lors, l'état local est resté excellent ; mais l'état névropathique (qui fut probablement la cause du choc traumatique du 4e jour) persista longtemps.

A ces quatre observations personnelles et inédites, l'auteur joint deux autres observations publiées précédemment par lui-même et un certain nombre d'autres cas, publiés par ses collègues.

Observation V (personnelle).

Fibrome intrapariétal volumineux. Grossesse concomitante. Mort de la femme non accouchée par septicémie gazeuse aiguë.

Observation VI (personnelle).

Fibrome volumineux. Grossesse. Expulsion spontanée du fœtus à terme. Guérison.

Observation VII personnelle.

Myome utérin et grossesse douloureuse chez une multipare. Accouchement à terme. Myomo-hystérectomie, trois mois après l'accouchement. Guérison.

Observation VIII personnelle.

Myomes utérins sous-séreux et intra-muraux. Grossesse de 30 jours en voie d'avortement. Kyste ovarique. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Observation IX personnelle.

Fibrome utérin. Grossesse tubaire abortive rompue. Hystérectomie. Guérison. (V. à la page 20, les figures 1 et 2.)

Observation X personnelle.

Fibrome pariéto-ligamentaire. Grossesse tubaire droite rompue. Hystérectomie vaginale. Guérison.

Légendes des figures 2 et 3 :

Fig. 2. — Montrant 1° l'utérus myomateux ; 2° la trompe droite occupée par un œuf ectopisme abortif, entouré de caillots et en partie expulsé hors du pavillon.

Fig. 3. — L'utérus incisé sur sa corne droite permet de voir le nodule fibromateux comprimant le conduit tubaire qui apparaît, au fond de la section, aplati et effacé. Son oblitération mécanique rend compte, dans une certaine mesure, de la situation ectopique de l'œuf fécondé qui n'a pu remonter dans la cavité utérine.

FIG. 2 ET 3. — (*Voir les légendes à la page précédente.*)



Observation XI (Dr Routier).

Fibrome et grossesse. Hystérectomie abdominale.

Observation XII (Dr Routier).

Fibrome et grossesse. Hystérectomie abdominale totale.

Observation XIII (Dr Routier).

Fibrome utérin et grossesse. Myomectomie. Guérison. La grossesse continue.

CONCLUSIONS

L'auteur se borne à quelques points de pratique dont la solution peut être avancée par la discussion des doctrines générales et les résultats fournis par la statistique chirurgicale.

1° *Influence de la myomatose utérine sur la fécondation et la stérilité.*

Le fibrome utérin est une affection de l'âge mûr : il apparaît par conséquent le plus souvent chez des femmes qui ont pu concevoir alors qu'elles étaient encore indemnes de tout néoplasme. Il ne faudrait donc tenir compte que des cas dans lesquels la tumeur est apparue avant le mariage et de ceux où la tumeur a été constatée pendant la phase génitale active, pour n'inscrire que les événements de la période postérieure à son apparition.

Pour Hoffmeier, sur 215 cas de fibromes, 167 cas se rapportent à des femmes mariées : 38 donnent des ménages stériles, soit 30 0/0. La proportion serait pour Duncan de 13 0/0 seulement.

2° *Fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré chez les femmes affectées de fibrome utérin.*

La grossesse peut être enrayée dans son évolution par la *rétro-déviation* de l'utérus fibromateux gravide ;

Par l'*hémorrhagie* au cours de la grossesse compliquée de fibrome qui a été notée fréquemment ;

Par l'avortement lui-même ; il est certainement très fréquent.

Sur 41 femmes mariées, affectées de tumeurs fibreuses, on trouve, 26 grossesses, dont 7 avortements et un accouchement prématuré.

La lenteur du cheminement du fœtus et du placenta dans un utérus accidenté de reliefs saillants, souvent allongé et rétréci par places, dans la région isthmique, enfin, la faiblesse des contractions et l'inertie presque totale du corps de l'organe, la rétention du délivre et la difficulté parfois insurmontable de l'éva-

cuation de la cavité utérine, la rigidité du segment cervical, la septicémie consécutive, font de ces sortes de fausses couches des cas de dystocie de la plus sérieuse gravité.

3° *Accidents survenus au cours de la grossesse.*

On peut les résumer en deux catégories :

a) *Accidents douloureux par accroissement rapide de la tumeur.*

L'accroissement de volume d'un fibrome, pendant la grossesse, s'opère par hypertrophie fibreuse,développement anormal du système lymphatique;ou bien hyperplasie des éléments musculaires de la tumeur quand il s'agit d'un myome pur.

La douleur provoquée par cet accroissement de volume est constituée par un malaise vague, une souffrance tolérable dans certains cas.

Dans des faits d'un autre ordre, elle a été notée, au contraire, comme symptôme prédominant. C'est lorsque l'augmentation de volume dépend de raptus sanguins dans les mailles même do la tumeur. Les *hémorrhagies* interstitielles ainsi produites constituent des foyers apoplectiques, se collectant en hématomes rarement suppurés. Dès lors, la douleur intolérable et continue s'explique. C'est un corps étranger, un centre d'irritation qui se crée et qui impose au muscle utérin une distension subite avec une réaction spasmodique, une sorte de contracture très pénible.

b) *Accidents de compression.*

Ils sont dus à l'augmentation rapide et considérable des fibromes gravidiques et portent sur le système urinaire, l'appareil intestinal, sur la circulation et la respiration ; on les trouve réunis dans l'observation I.

Lorsque ces accidents prennent une telle importance, dès le début d'une grossesse soupçonnée, il n'y a d'autre ressource que de supprimer la cause même qui les provoque et les entretient.

Les accidents qui apparaissent au *moment du travail* sont :

L'*obstruction* des voies génitales par la tumeur ;

L'*impuissance contractile* du muscle utérin.

On peut donc augurer déjà de quelle importance sera le siège du fibrome lorsqu'il s'agira de prendre une détermination hâtive.

Des accidents de la *délivrance à terme*, l'auteur ne retient que la possibilité d'une *hémorrhagie* sérieuse.

Enfin, les dangers qui apparaissent dans la période des suites de couches tiennent encore aux hémorrhagies et à l'infection.

4° *Sort du fœtus développé dans un utérus fibromateux.*

En s'en tenant au raisonnement seul, on pourrait accepter que l'évolution de

l'œuf dans l'utérus néoplasique, comparée à celle de l'œuf dans l'utérus normal, doit être autrement précaire et soumise à toutes les incertitudes créées par la présence de la tumeur.

Pour l'*accouchement à terme*, Lefour donne une proportion de mortalité générale des enfants de 60 0/0.

Il est permis de tirer un enseignement de ces chiffres. L'auteur en déduit que la proposition de l'intervention radicale au cours de la grossesse ne saurait être notablement influencée par l'argument tiré de l'avenir du fœtus. L'effrayante mortalité des enfants arrivés à terme, ajoutée à la proportion considérable des avortements, devient d'un grand poids et donne une grande liberté à la décision du médecin.

5° *Gravité des opérations chirurgicales pendant la grossesse, au cours du travail, comparée à celle des opérations obstétricales.*

a) Myomectomie :

Statistique de Turner, interne de la Maternité Boucicaut.

Opérations avant terme.

De 1874 à 1890, 30 opérations, 21 guérisons. Mortalité maternelle 36 0/0. Mortalité fœtale 61 0/0.

De 1890 à 1900, 44 opérations, 40 guérisons. Mortalité maternelle 9 0/0. Mortalité fœtale 21 0/0.

La valeur des chiffres de la mortalité fœtale n'est guère à considérer, la presque totalité des cas ayant été opérés à trois ou quatre mois de grossesse.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale :

1890 à 1900 : 37 opérations, 31 guérisons. Mortalité maternelle 18 0/0.

Hystérectomie abdominale totale :

1890 à 1900 : 31 opérations, 30 guérisons. Mortalité maternelle : 3 0/0.

Opérations à terme.

Hystérectomie sus-vaginale (Porro) :

1890 à 1900 : 17 opérations, 16 guérisons.

Hystérectomie totale :

1890 à 1900 : 13 opérations, 10 guérisons.

Mortalité infantile : 50 0/0.

b) Section césarienne.

Elle a été, pendant longtemps, la seule opération applicable à l'obstruction du bassin par les fibromes utérins. Ses résultats ont été longtemps détestables.

à ce point que 80 0/0 des femmes succombaient. Cette proportion s'est maintenue ou faiblement atténuée jusqu'à ces dix dernières années.

L'auteur la considère comme une opération irrationnelle et beaucoup plus décevante que l'hystérectomie.

L'auteur résume enfin les conclusions qui découlent de cette étude :

1° Lorsqu'il s'agit de *fibromes pédiculés du col*, leur ablation aussi hâtive que possible est l'indication la plus simple.

2° Lorsqu'il s'agit de *fibromes sous-séreux très saillants ou pédiculés*, la myomectomie ne souffre pas d'objection.

3° Lorsqu'il s'agira de *fibromes multiples ou volumineux, intramuraux*, la perspective douteuse de l'achèvement de la grossesse, les difficultés à prévoir lors de l'accouchement à terme, la précarité de la vie du fœtus, sont des arguments capables de peser lourdement sur la décision à prendre.

L'auteur estime que l'on doit moins qu'autrefois s'obstiner dans l'expectation, puisque l'aggravation du danger croît avec chaque semaine écoulée et que l'intervention opératoire précoce offre pour la mère des chances de succès incomparables avec la somme de dangers à courir.

4° Les fibromes du corps, *intramuraux, uniques*, à développement modéré, produisant peu ou pas de troubles, constituent un type à respecter. L'accoucheur n'a qu'à attendre les événements. Si, au cours du travail, un incident sérieux se produit, l'intervention chirurgicale sera de mise.

Ce qui domine dans les conclusions de l'auteur, c'est la préoccupation spéciale du *siège fixe* des *fibromes*, leur *nombre* et leur *rapide accroissement* ; c'est l'enseignement à tirer de l'observation I, la plus instructive de toutes.

5 — Fibrome utérin incarcéré. — Grossesse. — Hystérectomie. — Guérison.

La Gynécologie, 15 juin 1905.

L'observation a trait à un cas de fibrome utérin à masses multiples, dont la principale remplissait entièrement l'excavation pelvienne. L'utérus gravide, contenant un fœtus de trois mois environ avec œuf complet, était maintenu surélevé au faîte de la tumeur et dépassait l'ombilic. La grossesse était restée méconnue au moment de l'opération, qui fut nécessitée par l'accroissement douloureux et rapide de la masse néoplasique, dû certainement à l'état de gestation.

Mme G., 33 ans, célibataire. Pas de grossesse antérieure, arrive au commencement d'avril 1905, à l'hôpital Boucicaut.

Réglée tard, à 16 ans et demi ; sa période menstruelle *retardait* de 5 à 7 jours chaque mois, jusqu'à la fin de 1904.

Vers le milieu de cette année, 1904, elle a éprouvé une crise de douleurs abdominales, sans vomissements, sans fièvre.

En janvier 1905, la malade eut des difficultés très grandes pour uriner, pendant 8 jours.

Les règles de décembre 1904 ont apparu avec le retard habituel de 7 jours ; celles de janvier 1905 avec 8 jours de retard. Celles de la période suivante avec 10 jours de retard : la malade a expulsé quelques caillots et ressenti des douleurs à type expulsif.

C'est alors qu'elle a cru remarquer une augmentation de volume de son ventre ; elle constata une grosseur anormale et dure. La constipation était assez marquée depuis février.

A l'inspection de l'abdomen : légère voussure des régions ombilicale et sous-ombilicale, plus accentuée à droite.

Au palper, on sent une masse supérieure lobulée, remplissant l'hypogastre, poussant un prolongement à droite.

Le toucher était très difficile : l'index était arrêté par une vaste saillie, dure. Le bassin était comblé par une tumeur moulée exactement sur ses parois. Le col utérin, qui fut fort pénible à trouver, était très haut, au-dessus de l'aire du détroit supérieur.

La masse pelvienne fait corps avec la masse abdominale ; la vessie est refoulée vers l'abdomen.

Il était aisé de reconnaître un vaste fibrome, enclavé dans le bassin et fixé par le revêtement péritonéal ; intra-ligamentaire par conséquent.

Pas de signe d'obstruction du rectum et de l'urèthre ; mais constipation et dysurie ; l'état général est bon ; pas de signes de grossesse.

Opération le 11 avril. — Laparatomie : la tumeur très difficile à mouvoir était immédiatement appliquée contre la paroi abdominale ; la vessie dépassait la symphyse pubienne, de quatre travers de doigt.

La tumeur est attirée en haut ; les adhérences épiploïques et intestinales sont décollées ; le ligament large gauche est sectionné ; la masse profonde du fibrome est énuclérée de sa capsule péritonéale.

Même procédé classique pour le côté droit.

Ablation de l'utérus immédiatement au-dessus du vagin.

Description de la pièce.

1° La masse présente en avant et un peu à gauche, une tumeur à parois molles et épaisses : c'est l'*utérus*.

Cet utérus sectionné, on découvre dans sa cavité un fœtus intact, avec les membranes ovulaires au complet.

Le fœtus présente une longueur totale de 7 centim. et demi.

Les annexes droites se retrouvent avec peine : ce qui est le résultat du développement intra-ligamentaire du fibrome.

Les annexes gauches sont libres d'adhérences et normales.

2° *La masse principale* de la tumeur incarcérée dans le bassin, de la grosseur d'une tête d'enfant, irrégulière et bosselée, s'est développée sous le péritoine : elle soulevait la séreuse du Douglas et le ligament large gauche.

3° *Une tumeur*, grosse comme une orange, nodulaire, est implantée à la face

postérieure de l'utérus par un pédicule large et long : c'est cette masse qui se percevait au-dessus de l'ombilic.

En résumé : grossesse ignorée avant l'opération ; la fécondation devait remonter à quatre mois.

L'accouchement eût été impossible, et l'auteur conclut qu'il faut se féliciter de la façon dont les choses se sont passées.

6. — Statistique de l'avortement.

Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd., février 1905.

Ce mémoire montre la proportion graduellement croissante, depuis quelques années, des avortements comparés au nombre total des accouchements, et tend à élucider quelques-unes des causes de ce fait brutal :

En 1898, la statistique de la Maternité Boucicaut comprenait :

Accouchements à terme	457
Accouchements avant terme	45
Avortements	43

En 1904, la statistique du même service comprend :

Accouchements à terme	497
Accouchements avant terme	102
Avortements	130

Pour un chiffre sensiblement égal d'accouchements à terme, celui des accouchements prématurés a plus que doublé, et celui des avortements a plus que triplé, dans l'espace de sept années.

L'auteur soupçonnait depuis longtemps que bon nombre de ces avortements étaient le résultat de manœuvres abortives volontaires, effectuées par les malades elles-mêmes, ou par des tiers. Ses soupçons ont été confirmés par les aveux de plusieurs femmes ; car il y a beaucoup moins de difficultés aujourd'hui qu'autrefois pour obtenir la vérité de la bouche des malades, ce qui démontre dans le public une mentalité nouvelle.

Il est en mesure d'affirmer que plus de 50 % des avortements qu'il a eu à traiter à Boucicaut en 1904 sont des avortements provoqués.

Au cours d'une enquête faite par M. Chartier, interne du service, à la suite d'une infection péritonéale suraiguë, qui causa la mort d'une malade, une sage-femme du quartier — dont la moribonde donna l'adresse — avoua s'être livrée à des manœuvres abortives sur cette femme, cherchant seulement à se défendre du chef d'infection et vantant la sécurité de ses pratiques.

En outre, M. Patry, externe de la Maternité de Boucicaut, réussit à se procurer — dans un magasin d'herboristerie du quartier — des canules spéciales qui, de l'aveu même de la marchande, étaient destinées à provoquer l'avortement. Il en existe de plusieurs modèles, sous le nom de « sondes anglaises ».

Statistique.

L'auteur a fait établir la statistique des sept dernières années, dans onze maternités : Port-Royal, Baudelocque, Ternier, Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Saint-Antoine, Lariboisière, Beaujon, Tenon, Boucicaut. Il en donne le tableau très détaillé, dont voici les conclusions :

1° La proportion générale des avortements est peu élevée dans trois grands établissements : Port-Royal, Baudelocque, Tarnier. Elle oscille, depuis 7 ans, entre 3 et 4 % : la cause de ce faible pourcentage peut s'expliquer par le recrutement spécial de ces services, les conditions d'admission requises, excluant les cas nombreux d'hémorrhagies utérines de cause mal définie ;

2° Dans trois autres établissements : Pitié, Hôtel-Dieu, Charité, la proportion ne dépasse pas 10 %, en général, mais elle a augmenté sans cesse depuis 1898 ;

3° Dans les cinq autres établissements, la proportion des avortements s'est accrue constamment depuis 1898 : elle est en moyenne de 16 à 17 %. Elle a triplé en 7 ans pour Tenon et Saint-Antoine, plus que doublé pour Boucicaut, presque doublé pour Lariboisière et Beaujon.

Cette proportion de 18 % d'avortements est elle-même nécessairement inexacte, si on veut établir une statistique d'ensemble portant sur la population parisienne.

Il y manque :

1° Les cas qui ne viennent pas à l'hôpital, la fausse-couche étant soignée à domicile ;

2° Les cas traités chez les sages-femmes agréées ou libres, et dans les maisons de santé ;

3° Les cas soignés et reconnus dans les services hospitaliers de médecine et de chirurgie, qui sont fort nombreux, d'après les enquêtes officieuses et officielles poursuivies à cet égard ;

4° Enfin, les cas dans lesquels la malade n'a reçu aucun soin.

Accouchement prématuré.

Non moins rapide s'est montré l'accroissement du chiffre des accouchements avant terme qui, pour la Maternité de Boucicaut, est passé de 45 en 1898, à 101, en 1904.

L'auteur s'en tient aux chiffres de son service, pour la série septennale 1898-1904 :

Accouchements à terme		3.020
Accouchements prématurés	632	
Avortements	501	
Total	1.133	

Si l'on considère que les accouchements prématurés comportent un gros

déchet, au point de vue de la natalité réellement utile, on peut voir que le chiffre des avortements, réuni à celui des accouchements prématurés, représente sensiblement *le quart des grossesses observées.*

Pour un nombre appréciable d'accouchements prématurés, la provocation du travail, par des moyens semblables à ceux qui sont mis en œuvre pour l'avortement, a été le motif réel de l'interruption prématurée de la gestation ; l'auteur constate que, jamais, comme depuis deux ou trois années, il n'avait observé autant d'œufs ouverts avec fétidité du liquide amniotique chez les femmes qui se présentent pour accoucher dans son service.

Morbidité et mortalité dans l'avortement.

L'auteur établit d'abord un fait : c'est que la presque totalité des avortements consignés dans les statistiques ci-contre ont débuté hors de l'hôpital. Les femmes se présentent en déclarant simplement qu'elles viennent faire une fausse couche ; d'autres sont apportées, perdant du sang, ou gardant encore retenu dans l'utérus le délivre, à un degré plus ou moins avancé de putréfaction.

Ainsi se trouvent expliquées la grande morbidité et la mortalité anormales consignées dans les statistiques.

L'auteur cite les chiffres donnés par M. Maygrier, pour Lariboisière en 1898, pour la Charité en 1902. Il donne aussi ceux de son service : le pourcentage de la mortalité à Boucicaut est, pour 1903, de 4,3 % ; pour 1904, 2,3 %.

Quant à la morbidité, elle est surtout considérable du fait de l'hémorrhagie grave alliée à l'infection. A Boucicaut, elle comporte, en général, les deux tiers des cas.

L'auteur a voulu rechercher aussi la proportion des *primipares*, qui ressort des statistiques, par rapport au chiffre des *multipares*.

A l'Hôtel-Dieu, elle est de 25 % à peu près.

A Boucicaut, de 20 à 25 %.

A Beaujon, 34 % en 1901, 49 % en 1900, 1903, 1904. Il est à noter que la Maternité de Beaujon hospitalise beaucoup de jeunes domestiques du quartier.

Cet aperçu suffit à montrer que le nombre doit être relativement considérable des fausses-couches clandestinement provoquées par des tiers, sur des filles généralement indemnes des causes et conditions habituelles de l'avortement, qui, hormis la syphilis, se rencontrent plutôt chez des multipares.

Les causes.

Les causes de l'avortement sont généralement assez difficiles à établir pour chaque cas.

Ce qui importe, c'est de mettre en relief les circonstances nouvelles qui ont pu modifier les mœurs dans le sens d'une tendance à la suppression de la grossesse au début. L'auteur tient pour causes négligeables le libertinage, la promiscuité des grandes villes qui ont existé de tout temps. La misère des

basses classes, l'égoïsme de la classe bourgeoise ne sont pas non plus des conditions nouvelles.

Les causes générales de l'accroissement du chiffre des avortements sont de plusieurs ordres. Ce sont :

1° La garantie de sécurité relative pour la santé, qui dépend de la vulgarisation de l'antisepsie, et le parti qu'en savent tirer les professionnels de l'avortement ;

2° Les brochures, les annonces, les livres qui traitent spécialement du sujet, souvent sous couleur d'instruction hygiénique utile ;

3° Des idées nouvelles, qui ont pénétré dans les divers milieux sociaux par le moyen des livres, des conférences publiques, surtout une croisade moderne en faveur des idées malthusiennes, qui se décorent du titre de Néo-Malthusianisme, tendant à limiter ou à supprimer la conception.

L'auteur cite des titres de romans et de libellès à bon marché, édités à l'étranger, qui prêchent les pratiques anti-conceptionnelles.

Il rapporte le programme d'une conférence qui fut faite à proximité de l'Hôpital Boucicaut, devant cinq à six cents personnes : les orateurs, au moyen de projections lumineuses, décrivaient sommairement l'appareil génital de l'homme et celui de la femme, le mécanisme de la fécondation, la formation de l'embryon, etc...

Ils donnaient les moyens préservatifs de la procréation, moyens physiologiques, mécaniques, chimiques. Un des organisateurs, *vrai bienfaiteur de l'humanité* ! se mettait à la disposition des dames pour démontrer l'usage technique des divers appareils.

Les conséquences.

Légalement, il est interdit aux médecins, chefs de service, de signaler les faits : ils doivent ignorer les coupables, même s'il y a mort de la victime coupable ou complice. Ils figurent donc en apparence, comme des comparses obligés, d'actes reconnus criminels par les lois françaises.

Le public le sait bien d'ailleurs. Aucune femme n'ignore qu'au sortir de l'officine où l'opération clandestine aura été pratiquée, elle n'aura qu'à se présenter à la Maternité de son quartier, et que là, elle sera délivrée, nettoyée, curetée, soignée, avec un maximum de sécurité qui la tranquillise d'avance.

Avec la mortalité considérable observée dans la première enfance, les sociologues trouveront aisément, dans le gros déchet causé par la suppression prématurée, volontaire de la gestation, les raisons véritables de l'abaissement du chiffre de la population en France.

Conclusion. — L'auteur pense qu'il est possible d'atteindre un certain nombre des causes et des voies de propagation du mal : l'œuvre sanitaire doit s'exercer de la boutique de l'herboriste jusqu'au logement des professionnels de l'avortement, et aux exhibitionnistes de projections physiologico-anatomiques à l'usage des classes populaires.

7. — De l'avortement provoqué brusqué.

Semaine médicale, 5 septembre 1900.

L'avortement provoqué est une opération d'un usage assez rare, mais qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer dans certains cas où l'indication est formelle, dans tous les accidents sérieux où la vie de la malade est en jeu :

Forme grave, cachectique des vomissements incoercibles.

Hémorrhagies utérines rebelles.

Forme dangereuse de l'albuminurie résistant au régime lacté, etc., etc.

Le point le plus délicat est le choix du moment de l'intervention qui doit se faire avant que l'état de la malade soit au-dessus des ressources de l'art.

On employait autrefois diverses méthodes conseillées encore par quelques auteurs :

Dilatation lente du col par les laminaires ou le ballon de Champetier.

Injections intra-utérines.

Introduction de sondes destinées à décoller les membranes.

Perforation des membranes, etc...

Tous ces procédés présentent les mêmes défaut : ils sont *lents* et peu sûrs. En effet l'indication n'est pas seulement d'agir, mais d'agir vite.

Les exigences opératoires sont les suivantes :

1° Exécution de l'opération au moment précis déterminé par les circonstances ;

2° Rapidité de la manœuvre ;

3° Limitation de la perte de sang ;

4° Evacuation complète de la cavité utérine ;

5° Asepsie parfaite.

Ces exigences se trouvent réalisées par le curetage extemporané de l'utérus précédé de la dilatation rapide.

Le *manuel opératoire* comprend deux temps :

1° Dilatation du col ;

2° Evacuation de l'utérus.

La dilatation se fait extemporanément avec les bougies d'Hégar. Quand on peut patienter quelques heures, il est commode de placer une ou deux grosses laminaires qui commencent la dilatation. Dans les cas où le col résiste, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'incision bilatérale remontant jusqu'à l'orifice interne. Quelques points de catgut placés à la fin de l'opération, suffisent à la réfection du cervix.

L'extraction de l'œuf se pratique aisément avec les pinces fenêtrées de l'auteur, ou, tout simplement, avec de larges pinces à préhension. Puis la curette entre en jeu ; non pas la curette étroite et tranchante en usage dans les services de chirurgie, elle est dangereuse et responsable de nombreux accidents. La curette doit être large, mousse, fenêtrée et arrondie ; elle visite soigneusement

les parois utérines et enlève les parties oubliées par la pince. Un écouvillonnage termine l'opération.

Les principaux avantages de ce mode opératoire sont les suivants :

1° Le temps nécessité est minime : quelques minutes suffisent à l'évacuation complète de l'utérus ;

2° L'hémorrhagie n'est pas à redouter comme dans les méthodes lentes ;

3° L'asepsie est facilement parfaite ;

4° L'opération est indolore et ne nécessite pas le chloroforme, ce qui est important si l'on songe que l'on intervient généralement pour des états très graves.

Ces avantages apparurent à l'auteur lorsqu'il pratiqua pour la première fois l'avortement provoqué brusqué, le 4 janvier 1892 (*publié*). Depuis lors, cette pratique a conquis de nombreux adhérents ; mais tous n'ont pas suffisamment compris que la dilatation préalable a simplement pour but d'assouplir le col utérin et qu'il ne faut pas s'y attacher outre mesure.

On a affirmé aussi que la curette et les pinces à placenta sont dangereuses, et que l'évacuation digitale est préférable : l'auteur pense qu'un instrument bien fait et facile à aseptiser, vaut mieux qu'un doigt maladroit, trop court et difficilement désinfecté.

Quant à l'expression utérine elle fait partie de la technique de l'auteur, mais à titre connexe de l'évacuation instrumentale. Employée seule elle est autrement longue et laborieuse que l'action d'instruments maniés avec prudence et contrôlés par le toucher intra-utérin répété souvent et combiné à la palpation abdominale qui permet de sentir, limiter et abaisser fortement l'utérus.

II

SUITES DE COUCHES

8. — Etiologie et nature des infections puerpérales.

Rapport présenté au treizième Congrès international des Sciences médicales, tenu à Paris, du 2 au 9 août 1900. — Extrait des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet et août 1900.

Après un court historique de la question, l'auteur aborde le sujet.

Les septicémies puerpérales sont causées par les organismes microbiens pathogènes. Les organismes sont les uns aérobies, les autres anaérobies ; quelques-uns affectent les deux états.

Le streptocoque est le principal pathogène, d'après les recherches poursuivies jusqu'à ce jour.

Il n'est pas possible d'éliminer le *staphylocoque* des pathogènes dangereux : il constitue un danger sérieux en entretenant les suppurations utérines qui conduisent à l'endométrite et aux annexites graves. Il joue un rôle qui paraît prépondérant dans certaines métastases viscérales, en association soit avec le streptocoque, soit avec les saprophytes anaérobies.

Le gonocoque, le colibacille, le bacille de la diphtérie et de la pseudo-diphtérie, le pneumocoque sont des pathogènes exceptionnels ; mais leur rôle actif dans les *lésions puerpérales* est confirmé dans quelques observations. Leur rôle septicémique est moins bien établi.

Les anaérobies ont une action pathogène évidente. Ils sont de type et d'espèce différents. Ils peuvent occasionner les symptômes de la septicémie auxquels s'ajoutent généralement les signes de la putridité, le sphacèle et exceptionnellement la production de gaz fétides dans les tissus et dans le sang. Les pathogènes de la septicémie gazeuse puerpérale sont si peu étudiés qu'il n'est pas possible de poser sur ce point des conclusions positives.

Comme espèces définies on peut ajouter aujourd'hui au *bacillus septicus* de Pasteur et aux variétés bacillaires rencontrées autrefois, principalement dans les cultures en bouillons, des espèces nouvelles, dont la découverte et l'étude sont dues à F. Hallé, Veillon, Krönig, Zuber, etc...

Ces anaérobies sont les *Bacilli : caducus, nebulosus, funduliformis* de J. Hallé ; *le micrococcus fœtidus* de Veillon ; le *putridus*, etc., auxquels il faut ajouter des espèces bien décrites par Krönig, qui n'ont pas été déterminées par

une appellation spécialo et qui paraissent répondre comme description à quelques-unes des précédentes.

D'après les propositions que l'auteur a examinées, la doctrine de la *pluralité des pathogènes* puerpéraux doit être conservée, en opposition à la doctrine do *l'unicité*.

Les associations microbiennes sont fréquentes. Les actions successives des microbes se retrouvent dans la succession du staphylocoque au streptocoque, dans le remplacement d'une bactérie putréfiante par une autre bactérie. Peut-être faut-il croire que de l'association fréquente des aérobies et des anaérobies découlent des conditions pathogènes encore inconnues.

L'infection est généralement *hétérogène :* les doigts de l'accoucheur, les instruments, les linges, etc..., sont alors les véhicules habituels de l'infection.

L'infection *autogène*, dans l'acception générale du mot, est démontrée par :

1° La préexistence possible de germes pathogènes ordinaires dans les sécrétions des femmes enceintes, que pour cette raison on a dénommées *sécrétions pathologiques ;*

2° L'existence, peut-être constante, de saprophytes et d'anérobies capables d'acquérir dans les liquides et les sécrétions inertes, dans les résidus mortifiés, dans les amas de substance morte ou nécrosée, une action virulente rapide.

La conséquence pour la pratique est la suivante : les infections pathologiques préexistantes du vagin, du col utérin, des annexes, qui en clinique réalisent une des deux modalités de l'autogénèse, font une obligation de ne pas abandonner de parti pris l'antisepsie locale *præ partum* et *per partum*.

La possibilité bien connue de l'infection hétérogénique par le transport des pathogènes saprophytes de la peau ou des milieux ambiants : streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, etc..., ou par l'ascension spontanée des mêmes pathogènes tégumentaires jusqu'aux plaies vagino-utérines, commandent l'asepsie persistante des partios génitales externes.

L'auteur conclut que si le terrain parcouru est considérable et si le bienfait rendu par la science bactériologique à la pratique obstétricale est inappréciable, on n'a pas encore le droit de dire que la question est épuisée. Le champ est vaste pour les recherches, qui devront porter sur :

1° Les associations symbiotiques ;

2° La part de l'action microbienne propre et l'action toxique des sepsines dans l'infection ;

3° La recherche et l'étude des anaérobies pathogènes ;

4° La sérothérapie rationnelle de chaque variété d'infection.

9. — Hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Congrès de Rome, septembre 1902. — *La Gynécologie*, 15 avril 1903.

L'auteur s'associe aux conclusions des orateurs du Congrès de Rome, qui n'ont accordé qu'une confiance limitée à l'hystérectomie chez les infectées graves « post partum ».

En fait, il est établi que l'intervention très hâtive par asepsie utérine sauve la plupart des malades.

Les cas exceptionnels qui résistent au traitement par le curetage et l'antisepsie utérine rigoureuse, sont les suivants :

1° Les cas traités localement trop tard ;

2° Les cas traités localement par des procédés insuffisants ;

3° Les cas d'intoxication aiguë à marche rapide.

Dans les deux premiers cas, la lésion, de l'utérus, a passé dans le bassin et dans le péritoine. Elle a pu se localiser dans les annexes, dans les veines, dans l'appareil lymphatique pelvi-péritonéal. Le curetage arrive trop tard.

Dans le dernier cas, la maladie est entrée d'emblée dans le sang, et l'intoxication suraiguë des centres nerveux fait de toute malade ainsi atteinte une condamnée à mort.

Quelles sont les espèces où la question d'intervention radicale peut se poser ?

L'auteur distingue deux formes d'infection puerpérale :

1° Propagation du streptocoque par les lymphatiques ;

2° Forme phlébitique, plus lente que la première.

Dans la forme phlébitique, l'hystérectomie sera utile si elle enlève par l'ablation de l'utérus tout foyer infectieux utérin.

La question est encore obscure, nonobstant la relation de cent cas connus d'hystérectomie chez des puerpérales. L'auteur, malgré ses préventions contre l'intervention radicale, reste cependant convaincu qu'il peut se trouver des cas où l'intervention est utile.

Observation résumée.

Une malade âgée de 35 ans, journalière, entre à Boucicaut le 19 juillet 1902, après un accouchement dystocique, qui a eu lieu quinze jours auparavant et extraction d'un fœtus mort.

Elle est très infectée, amaigrie, déprimée. T.: 41°2. Pouls : 104. L'utérus est douloureux à la pression.

On fait un curettage superficiel, suivi d'écouvillonnage. La température tombe à 38°2, mais après quelques jours, ayant remonté par grandes oscillations, elle arrive à 41°3, malgré les grands lavages utérins.

La malade présente du délire nocturne ; elle est dans le collapsus.

L'hystérectomie abdominale est décidée.

A l'examen des pièces, on constate que *l'utérus* est volumineux, 12 centimètres, saignant facilement, très congestionné. La muqueuse est peu épaisse, et forme une bouillie purulente. Au niveau du fond, la muqueuse et la musculature sont très friables. Les veines utérines sont énormément dilatées, et renferment des caillots mollasses.

L'examen bactérioscopique de la pièce montre qu'il s'agissait d'une infection streptococcique.

L'examen du sang n'a pu révéler aucun organisme pathogène.

Suites opératoires. — La température tombe le soir à 37°3 ; le lendemain elle remonte à 38°4, le surlendemain à 40°5. Puis elle s'abaisse progressivement jusqu'au 15 août, où elle est de 37°5 ; le 5 août cependant on constate chez la malade un gros foyer de congestion pulmonaire.

Le 4 septembre, la malade est en très bon état ; elle se lève et descend au jardin.

Le matin même où l'auteur devait faire au sujet de cette malade une communication au Congrès de Rome, la malade meurt « à la suite d'une pleurésie purulente, streptococcique, avec foyers de myocardite ». Une intervention a été tentée du côté de la plèvre : la malade a succombé sous le chloroforme, en syncope.

Le pus pleural contenait un streptocoque virulent qui a donné un érysipèle mortel à un lapin.

L'autopsie confirme le diagnostic de pleurésie purulente : *la plèvre gauche* renferme 200 grammes de liquide séreux, citrin ; la *plèvre droite* est tapissée d'adhérences qui l'unissent au poumon ; il existe une poche purulente haute de 10 centimètres sur 6 centimètres de large, dans la grande cavité.

Les poumons sont congestionnés et contiennent de nombreux infarctus.

Conclusions. — En réalité, la malade meurt guérie ; car, sans la chloroformisation et sans la syncope, on ne peut pas affirmer qu'elle n'eût pas survécu, même à la pleurésie purulente. Il est évident que l'hystérectomie, qui a supprimé des foyers réellement existants dans l'utérus, n'a pas suffi à déblayer le terrain et à purger l'économie des microbes pathogènes.

L'auteur conclut : « L'hystérectomie peut être tentée, dans les cas d'infection à type prolongé et rémittent, phlébitique. Dans ces cas, l'économie ayant accusé une énergie défensive qui a permis la résistance à l'invasion microbienne et la limitation des lésions, il importe de la secourir par la ressource héroïque de la suppression du foyer infectieux utérin. Il importe aussi que l'intervention ait lieu avant que l'organisme ait eu le temps de s'affaiblir et de s'épuiser dans la lutte contre l'infection. »

10. — Hystérectomie dans l'infection puerpérale à forme phlébitique.

La Gynécologie, 15 avril 1904.

L'auteur rappelle d'abord un cas d'hystérectomie pour infection puerpérale, présenté au Congrès de Rome, dans lequel une malade, opérée le vingtième jour après le début de l'infection, guérie en apparence, fut prise, après une période assez longue d'apyrexie, d'une récidive dans la plèvre, et succomba sous les premières bouffées de chloroforme.

Par conséquent, ce qui fait le danger dans l'infection puerpérale, c'est l'importance, le nombre, et le siège des foyers infectieux métastatiques, c'est la généralisation de l'infection : d'où, cette indication d'opérer précisément dans

ces formes phlébitiques, qui jouissent du privilège de l'oeclusion des foyers *in situ*, par le processus de la thromose veineuse.

« L'hystérectomie, ajoute l'auteur, sera utile si elle enlève, par l'ablation de l'utérus, tout foyer infectieux, et à la condition expresse qu'il ne restera pas de foyers veineux d'infection dans le paramétrium. »

Observation (Morisetti et Potelet. — *Putréfaction de l'œuf. — Infection antérieure à l'accouchement. — Phlébite pelvienne. — Insuccès de l'hystérectomie.*

Alice B..., 30 ans, entrée le 17 novembre 1903, à la Maternité Boucicaut. A eu cinq grossesses, suivies toutes d'accouchements spontanés à terme.

Pour sa grossesse actuelle, les dernières règles datent du 10 avril 1903.

Le 9 novembre il y eut un écoulement abondant de liquide amniotique et les jours suivants, des pertes liquides, verdâtres et fétides.

Le 17, à l'examen, on sent un utérus, développé dans le sens transversal ; rien n'est engagé dans l'excavation ; le pôle céphalique est dans la fosse iliaque droite ; le siège est à gauche ; l'auscultation révèle un foyer de battements à mi-chemin d'une ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et inférieure gauche.

La femme est mise au repos ; trois fois par jour, injections au permanganate de potasse.

Le 21 au soir, elle est prise d'un frisson, sa température monte à 41° ; les pertes verdâtres continuent abondantes et fétides.

Le 22 au matin, les *bruits du cœur fœtal ont disparu* ; on se décide à provoquer un accouchement prématuré.

On place successivement un tampon de gaze iodoformée dans le col, un ballon de Champetier.

Le 23 à 5 heures du soir, M. Rudaux fait la manœuvre de Mauriceau, le fœtus se présentant par le siège. Le fœtus extrait, il sort un flot de liquide roussâtre, fétide, mélangé à des gaz ; le fœtus est mort depuis quarante-huit heures au moins ; il pèse 1.050 grammes. Le placenta amené une demi-heure après pèse 440 grammes.

Les 24, 25, 26, grands lavages intra-utérins ; la température s'élève peu à peu.

Le 27 au soir, la température arrive à 40°2 : curetage, écouvillonnage et antisepsie utérine rigoureuse.

Le lendemain, la température est tombée à 37°4. Les jours suivants, la malade est sujette à des frissons, avec hyperthermie.

Le 3 décembre 1903, la malade a de la contracture des masséters, du gonflement des parotides ; l'état général s'aggrave.

M. Doléris intervient le 5 décembre 1903.

Hystérectomie abdominale totale.

Ouverture de la paroi abdominale. L'utérus et la cavité pelvienne sont indemnes d'exsudats. L'épiploon est adhérent à la trompe gauche : il existe une petite poche purulente au niveau du pavillon de la trompe, entre celui-ci et l'ovaire.

L'hystérectomie est pratiquée suivant la méthode classique : les plexus vei neux utéro-ovariens sont très augmentés de volume et perdus dans une masse phlegmoneuse qui s'engage sous le cœcum.

Malgré le traitement : sérum, éther, caféine, l'état de la malade demeure le même pendant la journée de l'opération. Le 6 décembre, la température est à 40° ; le pouls incomptable. La malade tombe dans le coma, et succombe le 7 décembre, à 4 heures du matin.

Examen de l'utérus et des annexes : utérus volumineux comme un gros poing d'adulte. Au niveau de l'insertion placentaire, il existe des fausses membranes. Les abcès sont surtout placés entre la trompe et l'ovaire.

Le système lymphatique est intact.

Il s'agit d'une infection par la *voie muqueuse*, limitée, et par la *voie sanguine* propagée aux grosses veines extra-pelviennes.

L'examen nécropsique montre que le pédicule utéro-ovarien droit est gros ; la veine efférente disséquée est énorme, épaisse, dure ; la surface veineuse interne est purulente, caséeuse.

Des milliers d'embolies septiques se voient dans toute l'épaisseur des vis cères : foie, rate, reins, poumons.

L'examen bactériologique, fait par M. Potelet, chef du laboratoire, montre que les *lochies*, consécutives à l'accouchement, contenaient du bactérium coli, du staphylocoque doré, du streptocoque pyogène.

Le sang contient des colonies de streptocoque ; il en est de même de la paroi utérine. Il s'agit donc d'une septicémie streptococcique.

III

GYNÉCOLOGIE

11. — Stérilité féminine.

La Gynécologie, 15 décembre 1903.

La sténose des orifices du col utérin est une des plus fréquentes causes de la stérilité féminine : elle rend la fécondation très difficile ou même impossible.

Il faut accorder une grande importance à la *flexion à angle aigu* du col sur le corps, dans le fait même de l'occlusion du trajet cervical : la flexion anormale et l'induration de l'orifice, au niveau de l'angle saillant de la flexion, ont pris le pas sur l'atrésie.

L'orifice cervical externe peut affecter divers caractères :

1° Il peut exister sous forme d'un pertuis admettant à peine l'extrémité d'un cathéter utérin ; le col est de forme conique très allongée, le pertuis étroit étant situé à la pointe extrême du museau de tanche. Si on tient compte de la coexistence d'une colpocèle postérieure (fausse route vaginale des anciens), qui existe chez les femmes ayant longtemps pratiqué le coït, les conditions de pénétration du liquide fécondant dans le col se trouvent diminuées du fait : 1° de l'atrésie ; 2° de la conicité aiguë du col ; 3° de la fausse route du vagin ; 4° du catarrhe endocervical qui existe habituellement.

2° Le col n'est pas conique, la lèvre antérieure du museau de tanche étant seule allongée et pointue (col tapiroïde) ; l'orifice est souvent atrésié par le rapprochement étroit des lèvres qui le limitent. Cet orifice est très reporté en arrière, elliptique transversalement ; il y a un ectropion léger, péri-orificiel. Dans ce cas, l'atrésie de l'orifice externe est due plutôt à l'inflammation qu'à la disposition de l'organe.

3° L'extrémité du museau de tanche est normale, ainsi que l'orifice ; mais un ectropion marqué obstrue l'entrée du trajet cervical, et l'hypersécrétion catarrhale encombre la cavité du col.

Dans ces trois variétés : col unique, col tapiroïde, col normal, l'ostiun externum peut avoir, *par exception*, une disposition tout à fait particulière : au lieu que la muqueuse intra-cervicale déborde l'orifice par ectropion, c'est

le contraire qui a lieu : la muqueuse vaginale ou cervicale du col a recouvert l'ectropion, et a envahi de quelques millimètres, en profondeur, l'intérieur du conduit cervical, en formant un *entropion* d'où résulte une atrésie réelle, souvent très accentuée. Cette atrésie est le résultat de deux processus :

1° Végétation active, concentrique de l'épithélium pavimenteux sur la couche basale de l'épithélium cubique sous-jacente aux cellules cylindriques sécrétantes, de la muqueuse intra-cervicale ;

2° Transformation scléreuse de la couche muqueuse ectropionnée : il se fait une attraction véritable de la muqueuse vaginale au niveau de l'orifice, comme s'il s'agissait d'un tissu de cicatrice. De fait, le médecin a pu traiter le liséré ectropionné, par des caustiques et l'interprétation du rétrécissement est alors aisée.

Traitements.

a) *La métrotomie* de Sims, aujourd'hui abandonnée ;

b) *La dilatation progressive*, qui n'agit que sur l'orifice interne, et ne peut rien de durable sur l'orifice externe ;

c) *La discision bilatérale*, qui a donné de bons résultats à l'auteur dans plusieurs cas, mais qui, chez d'autres malades, n'a pas fait cesser la stérilité.

Ces résultats négatifs s'expliquent par deux raisons :

1° L'atrésie a bien disparu ; mais les deux lèvres du col sont restées appliquées l'une contre l'autre, Aussitôt qu'on enlève le cathéter qui les sépare, elles se rejoignent ;

2° La muqueuse extra-cervicale pénètre en *entropion* dans le conduit cervical, et le liquide fécondant, au lieu de trouver à l'entrée immédiate du col un épithélium cilié, trouve un épithélium plat, qui n'est pas favorable à la progression des spermatozoïdes.

Technique. — *a*) La division bilatérale du col est faite, de bout à fond, jusqu'au cul-de-sac vaginal, par certains chirurgiens américains : il en résulte un ectropion double, peu propice à la fécondation.

b) En France, la division bilatérale modérée du col est pratiquée et enseignée : il en résulte souvent une occlusion par entropion.

L'auteur conclut qu'on se trouve en présence de deux alternatives opposées :

Ou bien diviser trop largement et faire un cas pathologique par lacération bilatérale;

Ou bien diviser insuffisamment et arriver à une autre forme d'occlusion.

4° L'auteur préfère à ces procédés *l'incision cunéiforme bilatérale du col* : il emporte de chaque côté du col, sur une longueur de 1 centimètre et demi, un coin dont le sommet est profond et la base superficielle. Le col reste ouvert et bâille ; il n'y a pas d'entropion. Ce résultat lui a donné quelques beaux succès.

5° A défaut de la méthode précédente, on recourt au *procédé plastique de Simon*, c'est-à-dire l'excision conique des bords libres des lèvres du col, qui laisse un orifice net et bien ouvert.

12. — Inflammations chroniques, cellulaires et péritonéales de la cavité pelvienne.

Rapport pour la France, présenté au Congrès international des Sciences médicales, tenu à Madrid, du 23 au 30 avril 1903. — *La Gynécologie*, 15 juin 1903.

Division. — Les inflammations cellulaires et péritonéales du bassin de la femme se réduisent à trois ordres de lésions ou maladies localisées :

1° *Les lésions d'organes :* salpingite, ovarite, annexite ;

2° *Les lésions de la séreuse péritonéale* du bassin, exsudats, pus, adhérences (pelvi-péritonite, péri-annexite) ;

3° *Les lésions du tissu cellulaire* sous-péritonéal du pelvis (paramétrite, paraovarite, parasalpingite), dont le noyau s'étend secondairement au tissu cellulaire avoisinant, pour constituer le phlegmon-pelvien ou phlegmon du ligament large.

La caractéristique la plus certaine de la *chronicité* est l'apyrexie.

Les crises douloureuses correspondant aux époques menstruelles éloignées du début, peuvent être apyrétiques.

On ne peut dire sûrement qu'une inflammation pelvienne est passée à l'état chronique qu'autant que deux ou trois périodes menstruelles ont été traversées sans les symptômes réactionnels de l'infection.

Pathogénie. — Elle dérive des infections, et l'infection a toujours son origine dans la muqueuse génitale.

Les agents de l'infection peuvent se diviser en trois catégories :

a) Les microbes de l'infection banale, introduits par inoculation accidentelle, ou par voie traumatique, opératoire, etc.

b) Le gonocoque seul, ou associé avec le staphylocoque ou le streptocoque, etc.

c) Les microbes des infections puerpérales seuls ou en symbiose avec le colibacille, le gonocoque, etc.

Les voies de pénétration des agents infectieux sont :

a) *La voie muqueuse* par continuité de surface.

b) *La voie lymphatique* tronculaire, extra-utérine.

c) *La voie veineuse* qui véhicule lentement les agents infectieux, grâce à la thrombose inflammatoire.

Lésions anatomiques.

Elles peuvent se ranger en trois groupes :

1° Les lésions engendrées par la voie muqueuse : *salpingite, ovarite corticale, péritonite pelvienne.* Elles sont limitées et d'une extension lente ; elles se résument dans la forme banale et la forme gonococcique.

2° Les lésions de la deuxième catégorie (lymphangite profonde) appartiennent aux traumatismes septiques et aux infections puerpérales : elles sont extensives, diffuses, à marche rapide. Dans la forme térébrante, elles donnent lieu à des abcès utérins et à des plaques de péritonite exsudative ; lorsqu'elles suivent les troncs collecteurs extra-utérins, elles caractérisent la cellulite aiguë (lymphangite des ligaments larges) ;

3° Les lésions de la troisième catégorie sont caractérisées par la phlébite tronculaire : elles succèdent généralement à un traumatisme cervical, au cours de l'accouchement.

Les phlegmons pelviens sous-péritonéaux appartiennent :

a) A l'angle inférieur et interne du ligament large.

b) A la région du mésovarium (ovarites, abcès ovariques).

FORME DES PROCESSUS INFECTIEUX.

1° *Une forme catarrhale* simple, peu virulente, dans laquelle le trajet tubaire reste habituellement perméable ;

2° Une forme *gonococcique* ou *suppurative grave*, toujours associée à l'ovarite corticale, à la péri-annexite, à des adhérences avec l'intestin, l'épiploon, etc., etc. Le pavillon tubaire et l'ovaire s'accolent à la paroi pelvienne ; ils s'inclinent généralement en bas et en arrière et finissent par se loger sous le feuillet postérieur du ligament large. La cavité tubaire peut être convertie en kyste purulent, ainsi que les follicules ovariens. Les exsudats péri-annexiels se convertissent en cloisons fibreuses ; le kyste tubaire subit, du fait de la résorption ultérieure des liquides, un tassement plus ou moins dense des parois. La résorption définitive marque la fin de la période kystique et le début de la phase de chronicité ;

3° Une forme sévère *d'origine puerpérale ou post-abortive :* les processus muqueux et péritonéaux s'allient parfois aux processus sous-séreux ; l'allure des lésions péritonéales est semblable à la précédente ; les fistulations sont plus fréquentes ; les réinfections par l'utérus sont moins à craindre qu'avec le gonocoque, mais elles sont observées.

La résolution est toujours possible,quelles que soient la cause et l'intensité de la lésion ; la forme catarrhale évolue vite ; la forme gonococcique est beaucoup plus lente et plus tenace ; la forme puerpérale peut aussi évoluer très vite et très heureusement.

CAUSES PRINCIPALES ET CONDITIONS DE LA CHRONICITÉ.

— Entretien de l'infection par contact infectieux de voisinage (adhérences intestinales et appendiculaires, fistules).

— Réinfection favorisée par une métrite persistante, une rétrodéviation utérine.

— Exagération du molimen congestif (règles), ou troubles de ce molimen : (froid, excès génitaux, névropathie, fatigues).

— Déviation des processus exsudatifs (sclérose hypertrophique par syphilis, alcoolisme, tuberculose).

— Affaiblissement du terrain (insuffisance de la phagocytose, hémorrhagies abondantes, défaut d'alimentation, toxémie lente d'origine intestinale ou rénale, dépérissement général).

Dans ces différentes conditions, on trouve dans la cavité pelvienne du pus, du sang, du tissu fibreux, organisé en adhérences, des exsudats caséeux. Dans de telles circonstances, l'évolution naturelle vers la résolution est très difficile, et parfois impossible.

Traitement.

Traitement de la période aiguë. — Cette partie est en dehors du cadre du sujet, mais l'auteur juge nécessaire de l'examiner avec brièveté : il conclut à l'utilité d'une thérapeutique par les antiphlogistiques, les révulsifs, la glace, le repos, les purgatifs ; et aussi à l'emploi usuel de l'*incision par voie vaginale* des abcès pelviens aigus facilement accessibles par le vagin.

Le traitement d'attente peut aussi s'adapter à la région abdominale ; il est réalisé par la *laparotomie* appliquée à la découverte des foyers suppurés, à leur évacuation et à leur drainage.

Traitement de la période des crises paroxystiques.

Le traitement est, comme pour la période précédente, antiphlogistique et limité chirurgicalement à l'incision des abcès accessibles.

Pendant les périodes de rémission : sérum en injections hypodermiques, bains, tampons vaginaux glycérinés, antiseptiques, alimentation tonique, repos continu, traitement de la douleur et de la constipation (opiacés, injections chaudes, glace, purgatifs). La glace doit cesser d'être appliquée sur l'abdomen au moment du retour des époques menstruelles.

Tous les chirurgiens ne regardent pas le traitement de cette période comme devant être palliatif et d'attente ; il en est qui emploient les moyens radicaux. Les seules conditions formelles qu'on puisse invoquer sont l'âge avancé des malades, la propension à la tuberculose, l'effet nul des traitements précédents. L'auteur estime que la crainte d'une terminaison funeste, provoquée par la gravité d'un paroxysme, n'est pas à mettre en comparaison avec le bénéfice de l'expectation armée.

Traitement de la période chronique.

a) Traitement général. — Toniques, révulsion, cure thermo-minérale, injections de sérum : il faut compter un certain nombre de guérisons à l'actif de cette médication, surtout quand les tares constitutionnelles (arthritisme, syphilis, etc.) entrent en jeu.

b) Traitement conservateur indirect. — S'il s'agit de déviations utérines : ré troversion, prolapsus, le traitement chirurgical est de toute importance : le re-

dressement de l'utérus et sa fixation par voie abdominale s'allie au traitement conservateur des annexes.

S'il s'agit de métrite cervicale ou corporéale, le traitement des lésions par la dilatation ou le curetage doit être assuré avant toute autre entreprise chirurgicale.

Le résultat du référendum institué par l'auteur sur cette question divise les réponses en trois catégories :

1° *Les partisans*, qui ont eu de bons résultats dans les cas de lésions torpides très anciennes des annexes ;

2° *Les adversaires*, qui ont constaté des poussées nouvelles ;

3° *Les indifférents* qui font des restrictions théoriques. L'auteur a vu des recrudescences se produire après la dilatation, mais il n'a jamais constaté d'aggravation réelle, ou d'accidents sérieux. Il conclut au rejet de ce traitement dans les cas de *foyers volumineux* et très virulents, mais le considère comme supérieur au massage et à l'électricité, dans les *formes légères*.

c) *Traitement conservateur direct.* — Il consiste dans la *destruction* des *adhérences*, *l'ignipuncture*, *la résection de l'ovaire*, etc. Le plus souvent les indications de ce procédé sont résolues à *posteriori* et *de visu*. Presque tous les chirurgiens consultés en sont partisans, et ont noté des grossesses consécutives : la grande majorité préfère la voie abdominale à la voie vaginale.

d) *Traitement radical*, par l'ablation bilatérale des annexes, suivie ou non de l'hystérectomie.

Les indications de ce traitement sont :

1° Les lésions qui résistent au traitement de la période aiguë et paroxystique, et arrivent à une sorte de demi-torpidité avec réveils fréquents ;

2° Les lésions nettement aggravantes, dues aux tares constitutionnelles, aux métrorrhagie répétées, aux intoxications chroniques, etc. ;

3° Les lésions très améliorées, mais accompagnées de douleurs, de métrorrhagies, de stérilité, de rétrodéviation.

Il n'y a plus aujourd'hui que trois partisans de la voie vaginale, qui a contre elle les arguments suivants :

1° Qu'elle ne fournit pas toujours au diagnostic une certitude suffisante sur la nature et la bilatéralité des lésions ;

2° Qu'elle ne répond pas à tous les cas, notamment à des lésions élevées dans le bassin, avec des vagins étroits ;

3° Qu'elle est trop souvent incomplète ;

4° Qu'elle oblige à restreindre les sacrifices, par peur de rupture de viscères très adhérents.

Le procédé pour la castration par voie abdominale est le procédé ancien, dans lequel l'hystérectomie est facultative ; la *péritonéisation* du bassin est l'unique complément de valeur à signaler.

— *L'hytérectomie est-elle indispensable ?* Sur 53 opérateurs consultés, 15 répondent affirmativement, 20 répondent négativement, 18 sont éclectiques.

— Quand l'hystérectomie est décidée, l'opérateur peut la faire *totale* quand

le bassin est très infecté et très cruenté ou *subtotale* à cause de la simplicité de ce dernier mode et de la nécessité d'un large drainage (d'après 8 opérateurs). La méthode de Faure (hémisection) est encore mal connue.

13. — Métrite cervicale.

La Gynécologie, 15 décembre 1900.

La pathologie du col utérin est complexe ; ses fonctions, au point de vue de la génération, sont de tout premier ordre. Les traitements doivent nécessairement être variés, en vue de la fonction à maintenir ou à restaurer.

Le bistouri a un grand rôle à jouer, et le joue avec sécurité depuis la pratique rigoureuse de l'antisepsie.

Quant aux topiques utérins, on peut les ranger en deux classes :

1° *Les acides*, solides ou liquides, et les *sels acides* ;

2° *Les caustiques* alcalins et analogues.

L'auteur fait spécialement mention de la *créosote* qui agit comme un antiseptique puissant et aussi comme agent destructeur.

L'auteur est d'accord qu'avec la potasse il n'y a pas à redouter généralement ces clous de scléroses, ces cicatrices fibreuses cervicales qu'amènent beaucoup d'autres caustiques. Mais cela ne veût pas dire que l'alcali supprime *tous* les effets sclérosants des caustiques acides et fait d'un col bossué, induré, déformé par des travées fibreuses néoplastiques, un col souple et de texture normale.

Quand on applique un alcali sur un tissu, l'action destructive est immédiate ; le tégument superficiel se délite, tombe ; le sang s'écoule : tout ce qui a été atteint est détruit du même coup, désagrégé, liquéfié. L'escharre humide et molle qui se forme, si l'action de l'alcali se prolonge, ne persiste guère non plus.

De sorte que l'on peut atteindre avec une certaine sûreté des nodules fibreux apparents, des saillies cicatricielles scléreuses ; mais on ne peut accepter que cette action destructive possède une élection spéciale pour les tissus morbides et respecte les tissus sains.

Dans le *caustique de Filhos* il ne s'agit pas de potasse caustique pure, mais de potasse et de chaux, c'est-à-dire deux bases caustiques dont l'association prévient la prompte liquéfaction, et de plomb qui joue le rôle de corps inerte et d'étui : c'est donc la potasse et la chaux qui agissent et détruisent. Dès lors il s'agit bien du traitement de l'ectropion par les alcalis caustiques.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Le caustique de Filhos peut être efficace contre les *ectropions récents* et les *endocervicites de surface* ; il n'est pas préférahle à une série d'autres topiques, moins caustiques, plus pénétrants et très antiseptiques, qui, associés à la glycérine, agissent très vite et très simplement : telles sont les huiles essentielles, la créosote, la teinture d'iode, l'ichtyol, etc...;

2° Contre les cicatrices angulaires des cols lacérés, contre la cervicite hypertrophique et scléro-kystique, à l'action intermittente et douteuse du caustique, l'auteur préfère le bistouri qui mesure et supprime les tissus morbides aussi loin et aussi profondément que cela est nécessaire, qui sculpte en creux les clous fibreux, et, d'un coup, débarrasse un col, dès longtemps malade, de tous les tissus pathologiques qui l'encombrent, pour ne laisser subsister que des tissus souples de texture normale. Aux caustiques destructeurs, il faut des semaines ; à l'opération, une douzaine de jours ; sans parler des difficultés d'une aussi longue période d'asepsie à obtenir des malades qui voient traîner aussi longtemps l'intervention gynécologique.

3° L'auteur ne pense pas que le caustique de Filhos guérisse les déchirures du col et rétablisse la forme du museau de tanche autrement que par un artifice de forme apparente, sans avantage pour la fonction.

14. — De la Bartholinite et de son traitement.

La Gynécologie, 15 février 1905.

Aperçu anatomique et physiologique sur les glandes de Bartholin.

Les glandes de Bartholin sont situées latéralement dans l'angle dièdre formé par le rectum et le vagin : elles correspondent à la base de la grande lèvre dans son tiers moyen ; leur volume est variable, d'après Huguier, en proportion de celui des ovaires. La structure des glandes de Bartholin est analogue à celle de toutes les glandes en grappe. Le canal excréteur s'ouvre dans l'angle hyménéo-vulvaire.

La sécrétion de la glande de Bartholin a pour but de lubrifier la vulve et de faciliter le coït. Souvent les glandes vulvo-vaginales sont rudimentaires, et leur fonctionnement presque nul. Le mucus sécrété est alcalin.

Inflammations de la glande de Bartholin.

Ces inflammations dépendent de quatre genres d'infections :

1° Celle qui succède à la ponction ou à l'incision d'un simple kyste par rétention, qui dès lors se convertit en abcès ;

2° Celle qui dérive d'une vulvite banale, saprophytique, septico-pyogénique ;

3° L'infection blennorrhagique ;

4° L'infection puerpérale.

A. — La bartholinite du premier genre a pour phase initiale le *kyste de la glande de Bartholin*. Ce kyste n'est pas toujours sous la dépendance d'une obstruction du canal excréteur : certains, en effet, se vident aisément par pression, et un stylet traverse facilement le canal. On peut admettre que, dans d'au-

tres cas, la quantité et la nature de la sécrétion étant modifiées, le mucus normal qui est filant, semi-fluide, est transformé en un liquide visqueux, épais, translucide, qui ne peut plus être expulsé et s'accumule.

Certains de ces kystes apparaissent chez des femmes d'une grande excitabilité génitale ; quelques malades sont affectées en même temps de lésions chroniques des annexes. La constitution arthritique semble prédisposer à ces diverses manifestations.

L'auteur conclut que l'on peut diviser en trois catégories les kystes de la glande de Bartholin :

a) Kystes par rétention ou obstruction mécanique.

b) Kystes par irritation sécrétoire directe ou réflexe et spasmodique.

c) Kystes par infection réelle, non suppurative de la glande.

Le contenu des kystes n'est généralement pas pourvu de micro-organismes, d'après les observations de l'auteur et de P. Petit ; le pus des abcès renferme au contraire des organismes qui varient naturellement avec la cause.

La transformation du kyste en abcès se fait de deux façons :

a) Soit par simple propagation, de l'extérieur vers l'intérieur, des éléments infectieux.

b) Soit à la suite d'une ponction ou d'une incision insuffisante du kyste.

La difficulté est de maintenir l'asepsie permanente du trajet et de l'ouverture, car la règle est, qu'une fois ponctionné et vidé, le kyste se reforme et qu'il faut le ponctionner à nouveau : il est donc impossible qu'un jour ou l'autre la plaie ne s'infecte.

B. — La bartholinite, qui a une *origine saprophytique*, sans être précédée d'un kyste, est plus rare ; elle s'observe à la suite de vulvites banales entretenues par la saleté, ou par des dermatoses locales fournissant des suintements irritants (eczéma vulvaire). Une étiologie indiscutable est l'influence des érysipèles et de la lymphangite vulvaire.

C. — *La bartholinite blennorrhagique* procède comme les folliculites vulvaires précédentes. Le gonocoque trouve dans l'épithélium mucipare de la glande, à réaction alcaline, son habitat de prédilection.

C'est d'abord à l'origine même du conduit excréteur de la glande qu'il faut chercher la première étape du processus. La fréquence de la bartholinite, dans la blennorrhagie, s'observe surtout chez les filles malpropres et abusant du coït ; elle peut être unilatérale ou bilatérale.

Le point le plus intéressant est dans l'apparition de l'adénite, c'est surtout à la période de déclin ou subaiguë, que la bartholinite se produit. Il semble que l'intensité de l'inflammation dans la période d'acuité de la blennorrhagie forme un obstacle à la pénétration des germes pathogènes. Il est même fréquent que la bartholinite soit plus tardive encore et que, longtemps cantonnée dans une portion du canal excréteur resté perméable au muco-pus sécrété, la propagation aux lobules ne se fasse qu'au bout de plusieurs mois, à l'occasion de fatigues, d'excitations, d'excès.

D. — *La bartholinite puerpérale* s'explique par la pénétration d'une infec-

tion locale, vulvaire, produite et alimentée par le streptocoque. Souvent la bartholinite puerpérale est double ; elle est rarement phlegmoneuse, d'allure rapide d'emblée.

Marche et symptômes de la bartholinite.

Tantôt, l'inflammation de la glande se traduit par la marche régulière du processus inflammatoire et l'apparition d'une tumeur phlegmasique du volume d'une noix ou d'un petit œuf.

Tantôt (éventualité la plus fréquente), la vulvite banale s'est éteinte ; il n'y a plus qu'une sécrétion discrète et rare. Vienne un surcroît d'irritation vulvaire : congestion menstruelle, coït excessif, équitation, danse, la tumeur inflammatoire se développera rapidement. L'atrésie est à incriminer dans certains cas tardifs. Martineau cite le cas d'une dame de 26 ans, considérée par son médecin comme guérie d'une bartholinite blennorrhagique droite : tous les deux ou trois mois, elle avait des rapports sexuels, après lesquels une grosseur survenait du côté droit de la vulve, et disparaissait au bout de quatre ou cinq jours, après avoir donné un écoulement de liquide purulent et sanguinolent.

Dans deux cas, l'auteur a vu un début de grossesse favoriser l'apparition de la tumeur.

La formation de l'abcès se fait par poussées succcssives, avec des alternatives de tuméfaction périodique suivies de retrait, jusqu'à ce que la collection ait acquis un volume assez marqué.

A la période d'état, la bartholinite se présente sous deux aspects différents :

1° *L'adénite aiguë franche*, à marche rapide. La tumeur apparaît rapidement ; elle acquiert les dimensions d'une noix à un gros œuf ; elle déforme et obstrue la vulve. La *rougeur* et la *douleur* sont vives ; la marche et les mouvements difficiles ou impossibles ; la *fluctuation* et la *rénitence* sont de toute évidence ; il existe une réaction fébrile marquée.

Si l'on n'intervient pas, l'abcès se fistule ; exceptionnellement, le pus se fraye une voie par le conduit excréteur. Les fistules se produisent généralement vers la cavité vulvaire en raison de la minceur du tégument et de sa moindre résistance : c'est la petite lèvre déplissée qui résiste le moins.

L'intensité de l'inflammation, succédant au puerpérisme ou à l'érysipèle, amène le sphacèle de la paroi sécrétante tout entière ; mais cette évolution est très rare.

Généralement, on assiste à l'évolution d'un *abcès fistuleux* à décharges intermittentes.

2° *L'adénite insidieuse*, à formation lente, a des symptômes plus obscurs au début : la douleur et la suppuration attirent l'attention de la malade avant qu'une tumeur apparente soit formée. Dans cette variété de bartholinite, deux périodes d'évacuation de la tumeur peuvent être séparées par un long intervalle d'accalmie ; la réapparition de l'écoulement purulent ramène la virulence, et, comme il s'agit ici presque toujours de bartolinite gonococcique, cet écou-

lement permet la contagion. Tous les auteurs signalent ces cas de contagion intermittente.

La bartholinite peut se terminer par résolution, dans les cas où il n'y a eu qu'une poussée congestive, sans suppuration.

Mais, généralement, les femmes affectées de bartholinite traînent cette lésion jusqu'à la ménopause et au-delà. L'atrophie sénile de l'appareil génital est une garantie réelle, mais aléatoire cependant, de la terminaison spontanée par sclérose.

Traitement.

Au début de la vulvite, le traitement est prophylactique : antisepsie rigoureuse et énergique de la région vulvaire, au moyen de solutions, poudres et pommades hydrargyriques.

A la période d'apparition de la *folliculite*, l'auteur conseille l'instillation d'une solution de sublimé à 1/1000, dans le conduit excréteur. Il n'est pas prudent de suivre la pratique de Martineau, qui est la cautérisation des orifices enflammés : elle peut avoir comme conséquence l'atrésie du conduit et la formation ultérieure d'un kyste.

Une fois l'abcès constaté, c'est-à-dire à la *période d'état*, il n'y a aucun avantage à temporiser et il faut éviter l'ouverture fistuleuse spontanée.

1° *Ponction capillaire.* — C'est un moyen mauvais, en ce qu'il se reforme ordinairement du pus provenant de la région kystique. La ponction suivie d'injections de chlorure de zinc dans le kyste ne paraît guère devoir réussir qu'au tant qu'il s'agit d'une collection limitée au conduit excréteur.

2° *Incision.* — L'incision large de l'abcès est un procédé plus logique mais souvent incertain ; si quelque lobule enflammé échappe à l'opérateur, il devient la cause de suppuration prolongée.

3° *Ablation de la glande.* — On y procède par le moyen de la dissection, aisée si le kyste est intact. L'incision sera verticale, pratiquée en dedans, du côté du conduit vulvaire, sur la limite de la peau, de façon qu'une fois cicatrisée, elle ne laisse point de marque ou de déformation extérieure visible.

La glande ayant des attaches vasculaires profondes vers la tubérosité de l'ischion, il faut décoller le kyste du tégument, de dedans en dehors, avec beaucoup de précautions ; puis les vaisseaux sont sectionnés et liés au catgut.

Généralement, la guérison s'obtient par première intention ; quelquefois la suppuration s'établit. Il faut détruire l'orifice excréteur muqueux ;

4° *Procédé de l'auteur.* — Pour éviter les difficultés de la dissection, et aller au devant des risques d'infection consécutive, l'auteur pratique le procédé suivant, qui est simple, et commode surtout pour les gynécologues peu exercés à la chirurgie :

1° Large incision de la surface cutanéo-muqueuse de la tumeur, dans le sens de la longueur : lavage antiseptique de la cavité et examen de ses parois ;

2° Cautérisation au thermocautère de toute la surface de la cavité, en ayant soin de ménager les lèvres de l'incision. La cavité se rétrécit de plus en plus

et est réduite à une petite loge à parois très épaisses. On saupoudre la surface carbonisée d'un mélange d'iodoforme et de dermatol ;

3° Drain vertical, de 3 millimètres de diamètre environ. Puis on suture les bords de l'incision par dessus le drain, avec des crins de Florence en ayant soin de les affronter très exactement ;

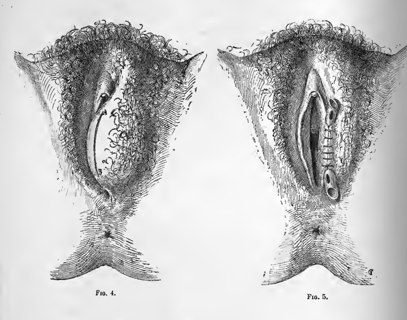


Fig. 4. Fig. 5.

4° Pansement aseptique et isolement de la région, pour éviter le contact de l'urine et des sécrétions utéro-vaginales.

Après quelques jours, l'élimination des parties carbonisées se produit par le drain. Le dixième jour, il ne s'écoule plus que de la sérosité épaisse. Le drain devient bientôt inutile, du fait de la rétraction rapide et de l'effacement de la petite cavité.

15. — Troubles utérins d'origine dégénérative. Sclérose utérine.

Bulletins de la Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. — La Gynécologie, 15 mars et 15 juin 1901.

Les gynécologues anciens ont parfaitement décrit,au point de vue clinique,la dégénérescence scléreuse de l'utérus ; mais ces auteurs ont eu trop peu le souci de la pathogénie de ces états morbides.

Huguier, Boivin et Dugès, Lisfranc, Duparque, Scanzoni ont su faire la différence entre l'induration fibreuse et l'induration squirrheuse de l'utérus.

Plus tard, on a eu surtout la préoccupation de distinguer les hypertrophies simples d'avec la fibromatose et la métrite chronique.

L'auteur estime que ce qui fait la sclérose c'est moins le processus à la période de début que les circonstances spéciales de l'évolution ultime, aboutissant à une atrophie purement fibreuse ; c'est surtout la sclérose des parois vasculaires et des parois glandulaires apparaissant comme processus initial et tenant sous sa dépendance la nutrition de l'utérus tout entier qui ne tarde pas à s'altérer profondément.

L'alcoolisme, la syphilis, l'arthritisme jouent un grand rôle dans la pathogénie de ces lésions ; la ménopause leur donne généralement un coup de fouet.

L'auteur rappelle les conclusions de la thèse de Brioude (1896) qu'il a inspirée.

1° Au même titre que les autres viscères, l'utérus peut être affecté de sclérose.

2° La sclérose utérine reconnaît pour cause des altérations locales, ou une influence pathogénique générale (diathèse fibreuse).

3° Les scléroses locales sont dues :

a) aux inflammations d'origine infectieuse variant avec les conditions étiologiques de chaque infection.

b) aux traumatismes utérins d'origine obstétricale ou chirurgicale (les effets des caustiques rentrent dans cette catégorie).

c) à l'influence de la diathèse fibreuse, de la syphilis, de la tuberculose, qui vient s'associer dans certains cas aux deux catégories précédentes.

4° Les scléroses utérines de cause générale peuvent apparaître en dehors des conditions sus-énoncées. Elles se réclament alors de la diathèse fibreuse ou de l'infection syphilitique chronique ;

5° L'anatomie pathologique montre que les scléroses locales appartiennent presque exclusivement au col utérin. La sclérose utérine générale affecte l'organe dans son entier : c'est le *gigantisme* utérin, qui diffère de la myomatose diffuse par l'hyperplasie de l'élément fibreux combinée à celle de l'élément musculaire ;

6° La marche des scléroses utérines obéit à l'évolution successive de deux phases : hypertrophique et atrophique.

A la phase hypertrophique appartiennent les accroissements de volume, les congestions douloureuses, les hémorrhagies, etc.

A la phase atrophique correspondent les allongements des divers segments de l'utérus, les atrésies, le ralentissement des fonctions ;

7° Le traitement est local et général :

Local, il vise l'abrasion des zones indurées douloureuses, le rétablissement du calibre de la cavité utérine, l'assouplissement de ses parois, etc. ;

8° Le traitement général est dirigé contre la diathèse fibreuse, l'altération des centres trophiques, la syphilis dans les cas particuliers.

Ces conclusions ont été adoptées par le Dr Barthélemy, le Dr Maurice Hepp, élève du Dr Richelot.

Le problème de la *chronicité* des affections utérines a été débattu par MM. Delbet, Bouilly, Richelot.

L'auteur estime avec M. Bouilly que la sclérose peut devenir le stade terminal de toutes les variétés d'infection : l'organisme ne fait qu'imprimer sa marque signalétique à un processus qui, autrement, se fût éteint ou eût évolué d'une façon différente. En un mot, l'infection fait la métrite, la constitution morbide fait la chronicité aboutissant à la sclérose.

Ensuite se pose la question des *scléroses essentielles* de l'utérus. Cette affection initiale, idiopathique existe-t-elle réellement en dehors de la métrite, de l'infection ?

L'auteur admet l'existence de prédispositions très singulières à la sclérose utérine, dérivant uniquement d'une tendance constitutionnelle, chez certaines femmes à utérus volumineux, chez celles surtout qui offrent ces exemples singuliers d'allongement hypertrophique du segment cervical moyen ou vaginal du col. L'auteur croit à la sclérose utérine primitive, affection constitutionnelle, mais la juge beaucoup plus rare que M. Richelot.

La fréquence est autrement considérable pour les scléroses secondaires, succédant à l'infection, dans lesquelles l'arthritisme ou bien telle autre tare dégénérative apporte sa caractéristique en faisant dévier les processus vers la sclérose.

On peut diviser les scléroses utérines en deux groupes :

1° *Scléroses inflammatoires* ou d'origine infectieuse ;

2° *Scléroses non inflammatoires* ou non infectieuses.

Scléroses inflammatoires.

Cette sclérose utérine évolue à titre d'élément intégrant de l'inflammation. Elle disparaît le plus souvent avec l'inflammation, laissant les tissus intacts. Parfois, au contraire, elle aboutit à l'induration atrophique, lorsque les éléments nobles, glandes, vaisseaux, muscles ont été comprimés, étouffés par la rétraction des éléments conjonctifs néoformés : c'est un véritable processus de cicatrice qui termine cette évolution, qu'on peut appeler à bon droit métrite interstitielle.

Seules les phlegmasies utérines qui ont pris naissance dans une infection d'origine *puerpérale* grave, prolongée, sont susceptibles d'une telle évolution.

Il se produit tout d'abord une infiltration rapide du tissu utérin, affectant l'intégralité des tissus dans la zone atteinte, et qui est la conséquence directe de l'état de souplesse gravidique des tissus, du remarquable développement des lymphatiques et des vaisseaux sanguins.

En second lieu,l'arrêt de l'involution et la permanence des éléments de désintégration qui encombrent la masse utérine se produisent ainsi que la poussée énorme des éléments jeunes de remplacement.

Ces thromboses, fréquentes dans le système veineux utérin, ou péri-utérin, se caractérisent par l'excès de volume persistant, l'empâtement et la déformation de l'utérus.

Quand on examine de tels cas — presque toujours quelques semaines après l'accouchement — on est frappé par la coloration rouge violacé des muqueuses et l'espèce d'œdème qui occupe le revêtement vaginal du museau de tanche.

L'utérus dans son ensemble, paraît devenu cylindrique ou ovoïde : le toucher ne perçoit pas l'amincissement caractéristique de l'isthme. La cavité est souvent augmentée de longueur ; elle est surtout spacieuse ; l'orifice interne du col est élargi.

Ce qui est caractéristique, c'est *l'épaississement du stroma musculaire.* L'auteur a noté, dans certains cas,la consistance ligneuse du tissu utérin, dans d'autres cas sa compacité.

Si l'on examine des utérus affectés de sclérose consécutive à une métrite infectieuse, on constate que l'utérus est volumineux et d'une consistance très ferme ; à la coupe, le stroma utérin est blanc mat et parsemé de nodules arrondis, à lamelles concentriques. Le centre de ces nodules est occupé par une artériole dont les parois sont énormément épaissies. L'augmentation de volume du corps utérin est déterminé par la prolifération conjonctive, car le tissu musculaire est en général atrophié.

Pour les lésions scléreuses liées à la métrite cervicale, il s'ajoute au processus qui procède de la sclérose des parois glandulaires. Le processus qui succède aux énormes hypertrophies des cols dès longtemps enflammés, dépend de la rétraction concentrique des couches scléreuses qui environnent les follicules dilatés.

Scléroses non infectieuses.

a) Scléroses atrophiques consécutives à l'emploi des caustiques dans la cavité utérine. — Cette variété s'observe au corps et au col de l'utérus, dans cette dernière région surtout. L'auteur rapporte le cas d'une malade traitée, pendant une année, pour un catarrhe utérin et des ménorrhagies par des injections intra-utérines de teinture d'iode pure ; l'organe, après avoir présenté un volume considérable, s'était réduit de volume au point de prendre la forme et la consistance d'un cylindre ligneux dont l'épaisseur ne dépassait pas celle du doigt.

Dans le col, c'est surtout à la suite de cautérisations violentes au moyen du

chlorure de zinc, du cautère actuel ou de l'électrolyse que les processus scléreux prennent naissance, assez graves parfois pour amener des atrésies utérines complètes.

De nombreux histologistes s'accordent pour estimer que ces altérations évoluent de bonne heure et très vite après la période congestive aiguë, dans le sens de l'atrophie et de l'induration. On peut suivre en quelque sorte les étapes du mal qui se succèdent sans discontinuité :

— Phase de congestion initiale.

— Phase de poussées de congestion hypertrophique récidivante.

— Phase terminale de sclérose atrophique.

La dominante réside toujours dans la notion précise de la *cause* : infection presque toujours disparue et remplacée par un processus cellulaire, cautérisations.

b) *Sclérose utérine d'origine tuberculeuse ou syphilitique*. — Malgré la rareté de la tuberculose utérine — qui ne serait qu'exceptionnellement primitive — on ne peut douter de quelques cas bien avérés.

La tuberculose cervicale se présente tantôt sous la forme d'infiltration du stroma musculaire et du derme muqueux, tantôt sous forme d'ulcérations typiques siégeant sur le museau de tanche et remontant parfois dans la cavité cervicale.

L'auteur envisage surtout la forme à tendance scléreuse diffuse, avec granulations spécifiques rares : c'est cette forme qui peut prêter longtemps à un doute sur le diagnostic de l'altération des tissus.

Le processus de sclérose est bien évidemment l'altération de défense et de circonscription des lésions destructives, l'altération minima.

Par conséquent, l'amorce de quelques follicules spécifiques noyés dans le stroma de l'utérus est susceptible d'y développer un effort réactionnel intense et de créer des zones de défense au pourtour et aux environs des foyers minuscules. Des poussées successives et discrètes de tuberculisation ramèneront les mêmes phases d'hyperplasie fibreuse, et ainsi se trouvera réalisé le tableau de certaines hypertrophies utérines avec congestions, ménorrhagies, leucorrhée, douleur, tensions, etc...

La vérification de ces faits a été faite avec toute la précision désirable ; mais souvent l'épine caractéristique, l'élément tuberculeux, aura disparu de l'utérus; seul le processus conjonctif, la sclérose, persiste et marche dans le sens de pseudo-hypertrophies pour aboutir à l'atrophie définitive.

L'action de la *syphilis* n'est pas toujours aisée à mettre en évidence.

On ne peut douter de la fréquence relative du chancre syphilitique du col. Ce seul point suffirait à expliquer les modifications scléreuses qui surviennent dans le segment inférieur de l'utérus chez les femmes qui ont présenté au col une lésion primitive avérée.

L'auteur a observé une femme de quarante ans, soignée pour un chancre induré du cervix, et qui, deux ans après, possédait un col cylindrique, énorme, saillant de 5 à 6 centimètres à la vulve ; le traitement spécifique énergique

transforma ce col, et au bout de quelques semaines il avait notablement diminué de volume.

Des gommes syphilitiques et des indurations diffuses tertiaires ont été observées dans l'utérus et ont laissé à leur suite des nodules fibreux d'un assez gros volume.

c) Sclérose utérine due à l'alcoolisme et à l'arthritisme. — *L'alcoolisme* entache les viscères de l'organisme et amène à la longue, le remplacement des éléments nobles des parenchymes par des éléments conjonctifs, indice de la déchéance des tissus.

Chez la femme, l'alcoolisme devient un des facteurs de ces folliculites du col de l'utérus qui doublent et triplent même le volume de l'organe.

L'auteur revient à la grosse question des *scléroses essentielles*.

Dans ce groupe doivent entrer toutes les hypertrophies utérines à type fibreux qui ne dépendent ni de l'infection, ni du traumatisme, ni du tubercule, ni de la syphilis.

Allongement hypertrophique de l'utérus de nature scléreuse. Gigantisme utérin.

C'est une affection complexe dans laquelle l'élongation caractéristique de l'isthme utérin n'apparaît que lorsque l'atrophie a succédé à la phase hypertrophique.

L'appareil vasculaire et les conditions statiques y jouent un rôle notable. Le prolapsus, la rétrodéviation s'associent généralement à une semblable altération. Le système nerveux qui préside au trophisme de l'appareil génital paraît aussi devoir être mis en cause.

Lorsque des dégénérées ayant hérité des dispositions morbides des ascendants offrent un terrain favorable aux néoplasies, qu'elles présentent du ralentissement nutritif, des troubles nerveux moteurs et trophiques, et en même temps un appel à la localisation utérine, du fait de traumatismes obstétricaux ou du surmenage causé par des grossesses successives, on trouve réunies les conditions requises pour la réalisation des élongations atrophiques du segment cervical.

Pour le gigantisme utérin, la tare suffit avec l'hérédité néoplasique. Les filles de cancéreux, de fibromateux, d'herpétiques apportent la prédisposition suffisante à la néoplasie véritable qu'est l'hypertrophie fibreuse diffuse de l'utérus.

Ce qui ressort de plus net des études anciennes sur l'élongation du col, c'est l'affaiblissement et l'ectasie vasculaire, avec l'atrophie des éléments musculaires au profit des éléments conjonctifs dans le stroma utérin. Ces processus pourraient suffire à la réalisation de la double lésion successive : hypertrophie initiale et atrophie définitive.

L'auteur s'élève contre l'assimilation faite par A. Petit entre l'inflammation et la sclérose, mais il s'accorde avec ce gynécologue pour observer, dans les cas d'élongation, une ectasie veineuse généralisée, avec développement anormal du système capillaire.

Symptômes des scléroses utérines.

1° *Troubles sécrétoires.* — Ils consistent dans l'hypersécrétion muqueuse ou leucorrhée du début — dans la *raréfaction* ultérieure de la sécrétion, — dans la suppression de toute sécrétion à la phase ultime d'atrophie et de destruction atrophique des glandes.

Ce trouble dépend exclusivement du col utérin et est généralement lié à l'ectropion.

On ne peut guère attribuer la leucorrhée au processus scléreux lui-même ; mais ce n'est là qu'un premier stade qui témoigne d'une action morbide encore localisée à un seul élément anatomique, l'épithélium, ou à l'appareil vasculaire.

A l'hypersécrétion succède la période kysto-folliculaire : c'est alors la sclérose oblitérante. Le processus occupe les parois des conduits sécréteurs ou leurs orifices : elle les épaissit, les rétracte et amène leur atrésie, cependant que les cellules sécrétantes des acini continuent activement leurs fonctions ; puis les parois des acini sont affectées à leur tour ; le derme muqueux s'infiltre d'éléments fibreux et c'est la phase ultime d'atrophie par compression des éléments glandulaires.

La leucorrhée, continuelle au début, avec périodes paroxystiques devient, dans la deuxième phase, intermittente. Celle-ci disparaît pendant la période de formation des kystes ; elle reparaît abondante, mais de courte durée, lorsque se fait la rupture des acini, engorgés. C'est principalement dans la période prémenstruelle que la poussée congestive prépare l'effraction des kystes : les malades accusent des pertes pâles, mélangées de glaires.

Vient enfin la période de siccité de l'appareil sécrétant. Le col est dur et semé de nodules miliaires. Les gros kystes folliculaires ont à peu près disparu. La raréfaction de la circulation, par la sclérose vasculaire et la sclérose même des glandes du canal cervical, entraînent à la longue la disparition de la leucorrhée dans le col.

2° *Troubles circulatoires.* — Envisagés en eux-mêmes, ils ne représentent guère de symptômes visibles ; leurs conséquences sont :

La congestion qui exagère et multiplie le molimen cataménial, et qui augmente le volume de la matrice ;

La métrorrhagie, offrant ce caractère qu'elle est habituelle, régulière et résiste au curetage.

Un fait que tout gynécologue a pu observer est l'écoulement abondant de sang qui se fait au cours des opérations plastiques ou autres sur les utérus scléreux, et parfois aussi l'apparition d'hémorrhagies secondaires inopinées au dixième ou douzième jour après l'opération. La perte n'est attribuable, dans ces cas, qu'au défaut de rétractilité de la tunique moyenne des vaisseaux, déjà envahie par le tissu conjonctif inerte.

3° *Changements de forme et de volume.* — Le soupçon de néoplasmes fibreux ou myomateux, de petit volume, évoluant sourdement au sein du stroma utérin,

vient nécessairement à l'esprit lorsque se produit une turgescence subite et répétée à chaque menstruation.

La phase ultime d'évolution peut seule décider du diagnostic.

4° *Phénomènes douloureux.* — Les phénomènes douloureux *au col* dépendent tantôt des cicatrices vicieuses cervicales ; tantôt des poussées kystiques folliculaires.

Au corps, la douleur est le fait de la turgescence menstruelle excessive.

A l'orifice interne et dans le trajet utérin, les phénomènes douloureux résultent de l'atrésie et de la dysménorrhée qui en est la conséquence. Il s'y ajoute un élément spasmodique : c'est alors la colique utérine, véritable ténesme du col, ou bien l'hystéralgie ou névralgie intermittente.

16. — L'atrésie cervicale après les cautérisations par le caustique de Filhos.

Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. — *La Gynécologie*, 15 avril 1905.

Les observations de MM. Potocki, Lepage, Cestan, Marmasse, Siredey, et de l'auteur lui-même, montrent que la sténose de l'orifice du col utérin est possible, à la rigueur, après l'emploi de ce caustique.

L'auteur conclut donc que, tous autres arguments maintenus en faveur du traitement chirurgical et à l'encontre du traitement par les caustiques, il considère que l'on peut, sans courir le moindre danger d'atrésie ultérieure, recourir pour les cas légers de cervicite, avec ou sans ectropion, à la thérapeutique intra-utérine basée sur la dilatation lente et progressive du canal cervical, associée, dans les cas qui le requièrent, à l'ablation plastique des lésions incurables.

La dilatation distend les cryptes folliculaires, efface les plis et les sillons, étale largement la muqueuse, et, par le hersage, le curetage, qui suivent, elle permet l'apsepsie profonde, sans la moindre altération de l'épithélium.

Avec ces moyens, on est maître de guérir sûrement et rapidement les ectropions et les lésions intra-cervicales plus étendues.

17. — Des ptoses génitales.

Rapport à la Séance plénière des Sociétés médico-chirurgicale de médecine de Paris et médico-pratique (1902).

Classification. — La dénomination de *ptose génitale* s'applique aux déplacements de haut en bas de l'utérus, des annexes utérines, du plancher pelvien, de la vessie, et enfin des parois vaginales : elles se résument dans les prolapsus utéro-vaginaux et les déviations selon l'axe.

Il est divers genres de prolapsus :

a) Ceux qui résultent des traumatismes opératoires obstétricaux : version interne, forceps, basiotripsie, dilatation instrumentale etc,

b) De traumatismes spontanés brusques par le fait d'une anomalie dystocique : accouchement rapide, excès de volume du fœtus, déchirure du périnée, etc., etc.

c) Ceux qui résultent d'une inflammation grave des organes du bassin : paramétrite, périmétrite, etc.

D'autre part, on trouve les prolapsus qui dérivent d'un *défaut de résistance constitutionnel*, dépendant de la qualité même des tissus, qui les met dans des conditions d'infériorité vis-à-vis de l'effort normal, de la fatigue excessive, au point qu'ils cèdent par *atonie*, au lieu de résister par une *hypertrophie* compensatrice et adéquate au travail qui leur est imposé. Ce sont des ptoses.

Pathogénie.

Les prolapsus essentiels sont les seuls que l'auteur examine. Au point de vue pathogénique, les déviations de ce dernier groupe reconnaissent trois éléments étiologiques :

1° Les altérations de l'élément nerveux ;

2° Les altérations de l'élément musculaire ;

3° Les altérations de l'élément vasculaire.

A. — *Rôle du système nerveux central.* — 1° *Elément psychomoteur.* — Les phénomènes d'ordre paralytique musculaire et vasculaire se rencontrent fréquemment, chez les névropathes avérées, épileptiques hystériques, neurasthéniques à forme dépressive. On peut rapprocher les désordres génitaux de ces malades, des atonies viscérales, comme le tympanisme persistant, la constipation rebelle qui révèlent souvent les troubles de leur système nerveux central.

La statistique inspirée par l'auteur à M. Figueira porte sur 428 cas de rétroversion utérine. On y trouve :

1° Une notable proportion de femmes qui peuvent se ranger dans la catégorie des névropathes vraies : hystériques avec stigmates caractéristiques ;

2° Une proportion minime de maniaques avérées ;

3° Un nombre très considérable de femmes, dans un état de neurasthénie dépressive permanente, provoqué par les chagrins et le surmenage.

Le neuro-arthritisme héréditaire se rencontre, en outre, chez la plupart de ces malades.

2° *Elément réflexo-moteur.* — Une preuve démonstrative de l'action paralytique nerveuse sur la production des ptoses, est l'action de la moelle lombaire dans le spina bifida. L'auteur ayant observé, en 1898, un cas de spina bifida chez une fille nouveau-née, fut frappé de ce fait qu'il existait, dès la naissance, un léger prolapsus du col utérin et du rectum. Depuis la naissance jusqu'à la mort, qui eut lieu quelques jours après, le prolapsus augmenta dans des proportions telles, que tout l'appareil génital fit hernie à la vulve ; les pièces furent conservées, disséquées et photographiées.

Une autre preuve peut se tirer des observations assez nombreuses dans les-

quelles la ptose s'est révélée et s'est développée au maximum chez les paraplégiques.

La pathogénie nerveuse des ptoses génitales se vérifie dans plusieurs cas :

1° Chez les nullipares et chez les vierges. Au moment de la puberté on peut voir apparaître,soit un premier signe de prolapsus,soit une rétrodéviation taxée souvent à tort de congénitale ;

2° Chez les adultes surmenées : ce surmenage peut être psychique, physique, ou obstétrical ;

3° A l'époque de la ménopause ;

4° Dans quelques cas très rares de sénilité.

B. — *Rôle de l'innervation trophique.* — Ce rôle ressort de ces deux faits :

1° La fréquence des ptoses à la suite de l'amaigrissement excessif et rapide ;

2° L'impossibilité absolue ou la diminution du développement musculaire compensateur : par exemple, dans le cas où le releveur n'oppose plus de résistance, par sa tonicité et sa contractibilité, à la descente de l'utérus.

C. — *Rôle de l'innervation vasculaire.* — Tout d'abord, les vaisseaux constituent un moyen de consolidation pour la statistique de l'utérus et des annexes. Ainsi, dans le ligament large, le vrai lien est constitué par deux travées vasculaires : le ligament cardinal inférieur, qui se confond avec la gaîne hypogastrique, et le ligament infundibulo-pelvien supérieur, qui se confond avec la gaîne utéro-ovarienne. Que ces vaisseaux viennent à subir un état dystrophique qui les affaiblisse et les relâche, l'appareil ligamentaire se trouve compromis.

En outre, l'état congestif habituel des organes génitaux a pour effet de les alourdir, et de prédisposer aux déviations, en favorisant la distension des appareils ligamentaires.

Discussion du mécanisme pathogénique des ptoses.

L'auteur discute la théorie de M. Glénard, pour qui les ptoses génitales et l'entéroptose, en général, proviennent de l'atonie gastrique et de la dyspepsie spéciale consécutive. Il conclut qu'il existe une indépendance relative entre les troubles de la statique génitale, d'une part, et ceux de la statique entéro-abdominale, d'autre part.

Quant à la théorie traumatique pure, elle est inacceptable, quand il s'agit de ptoses. Il faut, de toute nécessité, faire un groupe à part des hernies génitales produites par les traumatismes obstétricaux : ces hernies sont irréductibles, difinitives, sauf restauration opératoire des tissus et réparation des lésions.

Symptomatologie.

Les malades affectées de ptoses génitales peuvent être rangées en deux groupes :

1° Les nullipares ptosiques ;

2° Les multipares ptosiques.

L'aspect général des premières est caractérisé habituellement par la maigreur et la gracilité des formes ; elles sont atteintes souvent de cette débilité veineuse spéciale qui prédispose à l'ectasie et aux varices ; elles ont généralement une hérédité neuro-arthritique.

Chez elles prédominent deux variétés de déviations :

1° La forme initiale du prolapsus utérin, c'est-à-dire, la laxité anormale des ligaments antérieurs et postérieurs de l'utérus, d'où dépend l'excès de mobilité de l'organe, le déplacement du col en bas et en avant et l'instabilité de l'équilibre utérin ;

2° La forme à marche rapide aboutissant aux degrés ultimes de hernie totale de l'utérus, avec inversion complète et issue du vagin hors de la vulve.

Le vagin est tomenteux et rouge, ses parois sont lâches ; les ménorrhagies sont fréquentes. Dans les formes les plus accentuées, il y a de l'aménorrhée.

Marche et diagnostic.

La marche des ptoses génitales essentielles est caractérisée par l'allure intermittente avec crises paroxystiques, ces dernières coïncidant avec l'apparition des troubles nerveux, moteurs ou psychiques, ou avec des périodes de surmenage.

Le diagnostic différentiel de la ptose se fait par la connaissance des antécédents et par la constatation de l'intégrité des sphincters naturels, de la sangle du releveur et du plancher périnéal avant tout. Dans la hernie génitale traumatique, le releveur est habituellement hypertrophié ; il est atrophié et atone dans la ptose.

Traitement.

Le traitement des ptoses est tout autre que celui des hernies traumatiques.

L'électricité, le massage, l'hydrothérapie, doivent être heureusement combinés pour la guérison.

S'il s'agit de traumatisées, chez lesquelles la déviation simple a dégénéré en ptose, la chirurgie a son rôle tout tracé.

La « cure de repos » doit être prohibée : le défaut d'exercice et l'air confiné aggravent les tendances préexistantes. Il s'établit un cercle vicieux : l'état constitutionnel défectueux a fait ou aggravé la ptose, et la vie sédentaire aggrave à son tour l'état général.

18. — De l'hystéropexie physiologique ou ligamentaire.

La Gynécologie, 15 août 1904.

La pathogénie des déviations utérines réside dans des lésions traumatiques,

inflammatoires ou autres, localisées soit dans l'appareil ligamentaire utérin, soit dans les divers éléments qui constituent le plancher pelvien, organes, muscles, aponévroses, plans fibreux, vaisseaux. L'utérus, sauf tumeur ou métrite, peut être indemne de ces lésions, et, en tout cas, il joue un rôle exclusivement passif dans le fait de la déviation.

Par conséquent, l'acte chirurgical devra porter sur les appareils, qui ont mission de suspendre et de soutenir l'utérus, et dont les avaries ont pour conséquence la luxation de l'utérus.

L'intervention opératoire doit être intégrale et combiner la restauration des supports utérins avec la reposition normale de l'utérus.

L'idée est erronée que la fixation de l'utérus en avant suffirait pour remédier à tout.

Il existe deux sortes de méthodes de fixations utérines :

1° Les unes sont les hystéropexies *directes, immédiates ;*

2° Les autres sont les *pexies ligamentaires*, qui, seules, restent d'accord avec les exigences physiologiques de l'appareil génital.

L'auteur estime que les pexies ligamentaires antérieures, pratiquées par l'anneau inguinal pour les cas de rétrodéviation réductible et non compliquée d'annexite, et par la voie abdominale, pour les cas compliqués d'annexite, suffisent à tous les cas.

Ce sont les *pexies physiologiques*.

Le point faible de l'*hystéropexie abdominale directe* est l'incertitude et la précarité du résultat.

On est placé dans une alternative doublement fâcheuse :

Ou bien l'utérus est solidement fixé, *il tient ;* et, dans ce cas, des risques obstétricaux apparaissent, qui sont bien connus maintenant,

Ou bien, l'utérus se libère de ses adhérences, soit après une grossesse, soit même sans grossesse ; le tractus adhérentiel lui-même s'affaiblit, s'allonge, et la récidive de la déviation apparaît.

Il faut donc préférer un procédé plus en harmonie avec les nécessités physiologiques : c'est le *raccourcissement des ligaments ronds :*

1° Par la voie inguinale (opération d'Alquié-Alexander), pour les déviations mobiles réductibles, non compliquées d'adhérences ou d'annexite ;

2° Par la voie abdominale, pour les déviations compliquées d'adhérences ou d'annexite.

Ce sont les deux procédés *d'hystéropexie médiate ligamentaire.*

L'opération d'Alquié-Alexander est entrée dans la pratique depuis 20 ans.

La supériorité de *l'hystéropexie pariéto-abdominale*, procédé propre à l'auteur, consiste d'abord dans la *conservation de la mobilité utérine* ; ensuite dans *la création d'une insertion nouvelle*, solide, portant sur un point résistant et plein du cordon ligamenteux.

Les auteurs qui avaient préconisé la plicature, le croisement en X, en Y, etc., des ligaments ronds semblaient oublier que, rétrodévié, l'utérus tire sur le ligament rond au point que son extrémité, effilée, atrophiée, abandonne le canal

inguinal. A quoi bon, dès lors, suspendre à nouveau l'utérus à ce même point affaibli; et comment espérer le maintenir en place en conservant l'insertion pubienne du ligament? Il ne s'agit pas, en effet, de raccourcir la corde, mais d'amarrer solidement l'utérus.

Avec le procédé préconisé par l'auteur, l'écueil est évité. Il supprime, en effet, *l'insertion inguino-pubienne affaiblie et défaillante*, et, en réimplantant le cordon ligamentaire en un point très rapproché de l'ancienne insertion, réalise une méthode thérapeutique à peu près parfaite et ne dévie pas sensiblement des indications anatomiques.

L'opération obéit donc à la triple exigence thérapeutique :

1° Elle est réparatrice et curative, d'effet durable ;

2° Elle conserve les conditions anatomiques ;

3° Elle conserve et améliore les conditions physiologiques par l'aptitude à la fécondation, sans danger de troubles pour la gestation.

Le premier procédé de raccourcissement intra-abdominal conçu et exécuté en 1889, par l'auteur, consistait en une simple inclusion et suture étagée des cordons musculaires coudés en anse, dans les tissus musculo-aponévrotiques, au niveau de l'angle inférieur de l'incision de la paroi abdominale.

Le deuxième procédé, suggéré à l'auteur par la constatation d'un échec du précédent, consiste dans la création d'un canal inguinal artificiel par transfixion des muscles droits et de l'aponévrose, à un ou deux centimètres en dehors de la ligne médiane et juste au-dessus de l'épine pubienne. Dans ce canal artificiel pratiqué, au bistouri, à droite et à gauche de l'incision, on attire une anse coudée de chaque ligament rond qu'on suture directement l'un à l'autre, et aux tissus musculo-aponévrotiques.

Cette technique est exposée en détail dans la thèse d'Hivet, 1900, à la Société médico-chirurgicale de Paris, et dans le *Bulletin médical* de 1901 ; dans le journal : *La Gynécologie* en 1902, dans la thèse de Figueira (1903).

L'auteur examine ensuite, au moyen de statistiques, les résultats qu'ont donné au point de vue obstétrical les deux méthodes d'hystéropexie indirecte ou ligamentaire, opération d'Alquié-Alexander et raccourcissement intra-abdominal, procédé de l'auteur.

Sur un total de 167 cas *d'opérations d'Alexander*, pratiquées par divers chirurgiens de tous les pays et suivies de grossesse, il n'y a pas eu d'autre dystocie que quelques cas d'avortement, et une seule application de forceps, plus une présentation transversale réduite.

Sur 90 cas de *raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds* appartenant à la pratique de l'auteur, il n'a été relevé que dix cas de grossesse consécutive :

Trois de ces femmes ont été opérées pendant la grossesse (troisième et quatrième mois) : la grossesse a évolué normalement et régulièrement.

Dans les autres cas de grossesse, la gestation et la parturition ont été tout à fait régulières.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Les pexies *immédiates*, *directes* de l'utérus sont des opérations antiphysiologiques, basées sur des artifices qui empruntent leurs principes à la pathologie : adhérences, déviations, torsions, flexions forcées et anormales de l'utérus.

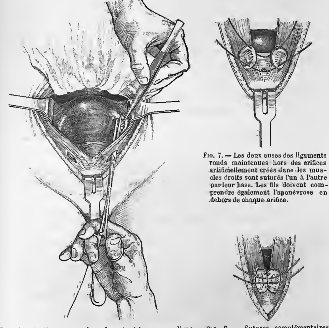


Fig. 6. — Le ligament rond gauche est saisi au moyen d'une pince introduite par un orifice pratiqué au bistouri à travers le muscle droit correspondant, et va être attiré hors de l'abdomen.

Fig. 7. — Les deux anses des ligaments ronds maintenues hors des orifices artificiellement créés dans les muscles droits sont suturés l'un à l'autre par leur base. Les fils doivent comprendre également l'aponévrose en dehors de chaque orifice.

Fig. 8. — Sutures complémentaires des ligaments.

Les pexies *indirectes*, *médiates* ou *ligamentaires* sont conformes aux exigences physiologiques ;

2° Au point de vue des dangers multiples et des résultats, les premières sont mauvaises ou suspectes ou incertaines.

Les résultats des secondes sont notablement supérieurs ;

3° Au point de vue de la parturition, la critique et la statistique sont d'accord pour faire condamner les pexies directes. Les pexies indirectes ne fournissent pas un seul cas de dystocie sur 177 accouchements observés ;

4° Cette double technique, voie inguinale et voie abdominale, satisfait à tous les cas de rétrodéviation simple et réductible, ou adhérente et compliquée ;

5° Il est insuffisant de réduire l'utérus rétrodévié et de le fixer en antéversion normale ; il faut, suivant les exigences des cas, y adjoindre les opérations plastiques sur le col utérin, le vagin, la restauration du plancher pelvien et du périnée.

19. — Large fistule recto-vaginale provoquée par un pessaire.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE SPÉCIAL. GUÉRISON.

Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. — La Gynécologie, 15 juin 1905.

Femme âgée de 68 ans, examinée le 11 mars 1905.

A eu deux grossesses suivies d'accouchements à terme. Peu de temps après le second accouchement (il y a vingt-huit ans), elle a constaté un prolapsus utérin ; on lui applique un pessaire métallique qui la soulage.

Elle change de pessaire tous les six mois.

Il y a trois mois, ne trouvant pas à se procurer de pessaire métallique, elle se contente d'un anneau de Dumontpallier, qu'elle a retiré et nettoyé tous les jours au début, mais qu'elle a laissé à demeure ensuite.

Il y a un mois, elle commence à ressentir des douleurs, qui deviennent intolérables. Une sage-femme, appelée, s'aperçoit que le pessaire est passé dans le rectum après avoir effondré le cul-de-sac postérieur du vagin. Une large fistule transversale, de 4 centimètres sur un demi-centimètre environ, bâille au fond du vagin : les lèvres de l'orifice sont rigides, épaisses, indurées ; les tissus sont pâles et scléreux ; le cul-de-sac est plissé et rétracté. Le rectum se vide continuellement par la fistule, dans le vagin.

On met la malade au repos pendant quinze jours, en renouvelant souvent un tamponnement antiseptique.

Le 29 mars, opération sous le chloroforme.

L'auteur estimant qu'en raison des défectuosités plastiques des tissus, les procédés ordinaires, par simple avivement ou par dédoublement, ne sauraient donner un résultat satisfaisant, imagine le procédé suivant :

Incision circulaire à 1 centimètre et demi du bord ; dissection de la paroi vaginale, s'arrêtant au rebord fistuleux : on peut ainsi soulever avec des pinces

la circonférence externe de cette collerette et la redresser à la façon d'une fraise.

Introduction par le rectum de pinces de Kocher, qui viennent en saisir le bord libre en plusieurs points, et, en agissant par une traction simultanée, renversent et invaginent totalement vers le rectum le lambeau circulaire mobile.

Un fil de catgut est passé circulairement autour de l'orifice fistuleux, pendant qu'un aide maintient les pinces qui assurent le renversement du lambeau vers le rectum ; cette ligature est serrée à la manière des cordons d'une bourse.

Il ne reste plus qu'à placer des sutures au crin de Florence sur la surface avivée, d'avant en arrière, de manière à opérer l'affrontement des surfaces du côté du vagin.

A ce moment, les pinces ayant été retirées, le toucher rectal fait constater que le lambeau vaginal froncé par la suture en bourse, forme un moignon épais qui fait tampon et assure le calfeutrage parfait de l'orifice.

Malgré la mauvaise qualité des tissus, le résultat a été obtenu du premier coup. La malade était radicalement guérie dès le quinzième jour, et la cicatrice en voie de consolidation définitive. La défécation se faisait aisément par le rectum.

Au bout de cinq semaines, la situation était la même. La guérison est définitive et complète.

L'auteur ne veut pas s'étendre sur les inconvénients de l'abus des pessaires, et trouve plus intéressant de signaler le procédé opératoire, qui serait d'une valeur inestimable s'il s'agissait non d'une femme de 68 ans, mais d'une femme encore jeune, et à qui l'on pourrait ainsi conserver la pleine intégrité des fonctions génitales.

20. — La rachistovaïnisation en gynécologie.

Société de Biologie. — La Gynécologie, 15 février 1905.

Plusieurs considérations ont, dès l'apparition des anesthésiques locaux : cocaïne, stovaïne, engagé beaucoup de chirurgiens à les employer le plus souvent possible. Mais le réquisitoire de M. Reclus, s'appuyant sur les accidents mortels qui furent publiés au sujet de la rachicocaïnisation, diminua rapidement la vogue de la cocaïne lombaire. L'auteur même s'étant, depuis vingt-cinq ans, servi avec bonheur et sans accidents du chloroforme, regarde ce dernier comme le meilleur des anesthésiques. Cependant, sur 150 cas de rachicocaïnisation, l'auteur n'a eu à constater que des accidents bénins et très atténués.

Les communications de MM. Reclus et Chaput, sur la *stovaïne*, ont incité l'auteur à appliquer le procédé aux opérations gynécologiques et obstétricales. A dose anesthésique de même valeur, la stovaïne est beaucoup moins toxique que la cocaïne. En la donnant à dose maxima de 5 centigrammes, on est assuré contre tout accident sérieux.

La grosse objection de M. Reclus à la rachistovaïnisation, c'est que la majorité des opérations auxquelles elle est appliquée peuvent être facilement pratiquées à la stovaïne localisée : cette observation est juste pour les opérations gynécologiques minimes,mais pour les interventions importantes et longues sur le vagin ou l'utérus, il est nécessaire d'obtenir une anesthésie plus sûre, plus parfaite et plus durable.

Manuel. — On injecte 2 centigrammes, 5 à 4 centigrammes de l'alcaloïde au moyen de l'aiguille de Tuffier. Avec la dose de 3 centigrammes, l'anesthésie remonte toujours au-dessus du pubis, parfois jusqu'à la ligne bimamelonnaire ; ordinairement entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, si bien que la région génitale est parfaitement insensibilisée. En 10 ou 15 minutes l'anesthésie a atteint sa hauteur maxima.

Effets sur les muscles. — Au sujet des effets de la stovaïne sur la musculature de la région génitale, on constate, 10 minutes après l'injection, un relâchement complet des muscles périnéaux, du releveur anal, du sphincter strié de l'anus ; le sphincter lisse de la vessie garde sa tonicité. Quant à la musculature utérine, elle se contracte énergiquement à l'état de gravidité.

Phénomènes généraux et accidents. — Les phénomènes généraux observés pendant la durée même de l'anesthésie sont généralement nuls ; les troubles consécutifs sont : les céphalées, les douleurs oculaires et rachidiennes, le vertige, les nausées et vomissements suivant de quelques jours la rachistovaïnisation. La ponction lombaire amène, dans ces cas, un soulagement sérieux et durable, sinon définitif.

En résumé, la stovaïne possède tous les avantages de la cocaïne sans en avoir les inconvénients :

1° Elle anesthésie parfaitement la région génitale ;

2° Elle excite la contractilité utérine.

Observations.

Trois observations d'accouchements provoqués ou d'accélération du travail: phénomènes généraux assez accusés, céphalées, douleurs oculaires, vomissements.

Huit observations d'application de forceps : anesthésie toujours parfaite.

Une observation de basiotrepsie : opération absolument indolore.

Onze observations de curettages, toujours indolores.

Deux observations d'opérations de Schrœder, indolores.

Deux observations d'opérations plastiques sur le vagin, indolores.

Nota : Il existe après la rachistovaïnisation, suivant les recherches de MM. Kindjerjy et Berthaux, une réaction inflammatoire des méninges, décélable par le cyto-diagnostic, mais de beaucoup moins d'importance que celle qui suit la rachicocaïnisation.

21. — Hystérectomie vaginale pour fibrome et cancer utérin. Mort par appendicite avec perforation.

Semaine médicale, 26 avril 1900.

On n'a pas encore signalé la possibilité de l'évolution rapide d'une appendicite à la suite de la laparotomie, et la raison de ce fait est que, depuis quelques années, les chirurgiens ont pris l'habitude de se rendre compte de l'état du cœcum et de l'appendice au cours de l'opération. C'est même là un avantage de la laparotomie.

Cet avantage disparaît si l'opération est faite par le vagin, s'il s'agit d'une hystérectomie vaginale, par exemple. Dans cette dernière conjoncture, la notion de l'état antérieur de l'intestin échappe ; et des accidents abdominaux liés réellement à un début d'appendicite, ou à une récidive de cette affection, peuvent se produire dans les jours qui suivent l'intervention, sans que l'esprit soit le moins du monde averti de la nature des lésions dont ces accidents dépendent. A cela il y a bien des motifs : d'abord, l'allure insidieuse et peu précise des symptômes de l'appendicite ; ensuite, la notion dominante, dans l'esprit du chirurgien, d'une complication de tout autre nature, suppuration, péritonite, hémorrhagie, etc., et plus directement en rapport avec l'opération pratiquée, notion qui égare fatalement le diagnostic.

C'est un cas de ce genre que rapporte l'auteur : il est un de ceux dans lesquels la possibilité d'établir l'existence d'une lésion appendiculaire grave paraît au-dessus des procédés d'analyse.

Observation.

La malade avait consulté le 20 février, pour des pertes de sang alternant avec un écoulement puriforme abondant.

C'était une femme âgée de 50 ans, d'aspect débile, faciès pâle, nerveuse, amaigrie. Mariée à 24 ans ; fausse-couche deux ans plus tard. A 27 ans, nouvelle grossesse et accouchement à terme.

Depuis cet accouchement, menstruation régulière, durant trois jours, un peu plus abondante cependant dans les dernières années.

Il y a un an, les pertes sanguines ont débuté, presque incessantes, abondantes, non douloureuses dans les premiers temps. Il y a cinq ou six mois seulement que les douleurs vives et intermittentes furent ressenties dans le bas-ventre, affectant la forme de coliques aiguës.

En même temps, l'état général s'altérait ; les digestions devenaient pénibles, l'appétit languissait, et l'amaigrissement augmentait.

A partir de la mi-janvier, les pertes sanguines font place à une abondante suppuration jaunâtre sans fétidité ; le pus est fourni par le vagin, dont la

paroi est, par larges plaques, dépourvue de son épithélium ; ces plaques,d'aspect framboisé, rouge, grenu, se voient surtout dans les culs-de-sac vaginaux.

Le toucher, fort pénible et douloureux, dénote un utérus volumineux, peu mobile. Il y avait trois diagnostics en présence :

Endométrite ;
Fibrome suppuré ;
Epithélioma.

L'auteur pencha d'abord vers le cancer.

Un traitement fut tout d'abord institué contre la vaginite, qu'il fallait faire disparaître pour aborder sans danger l'inspection minutieuse de la cavité utérine. La muqueuse reprit l'aspect normal après quatre ou cinq jours.

Dilatation de la matrice ; curettage explorateur. On ramena, au milieu de détritus désagrégés et puriformes, des débris grisâtres, friables. L'examen microscopique permit d'y reconnaître des cellules épithélioïdes. Le diagnostic de cancer était assuré.

La malade fut opérée le 14 mars *par le vagin*. L'étroitesse du vagin et la rigidité extrême de ses parois rendaient les manœuvres difficiles. Il fallut recourir au morcellement, car il existait, dans le ligament large droit et dans l'épaisseur de la paroi utérine, de gros nodules fibromateux. Une fois ces nodules énucléés l'opération devint assez aisée et se termina par l'ablation complète des deux annexes.

L'examen des pièces montra l'existence de quelques autres noyaux fibromateux dans la paroi de la matrice. La muqueuse utérine, épaissie, était molle, grisâtre, dégénérée. Annexes saines.

Le diagnostic s'énonçait donc ainsi : fibromatose utérine pariétale et intraligamentaire. Dégénérescence épithéliomateuse de la muqueuse.

Pendant la semaine qui suit l'opération, l'état général reste suspect, le sixième jour la dépression s'accentue visiblement ; la température monte à 38°4 ; le pouls est à 150. La paroi abdominale reste *souple et dépressible*. Le palper n'est *point douloureux* dans la région hypogastrique.

La malade succomba dans la nuit du sixième au septième jour.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les anses intestinales saines d'apparence dans la région gauche ; au fond de la cavité pelvienne, l'orifice d'ablation apparaissait, net et propre.

Toute la partie droite du petit intestin forme gâteau, les anses sont agglutinées par des exsudats purulents qu'on rompt sans difficulté. Finalement, on tombe sur un foyer suppuré, au milieu duquel se trouve l'appendice cœcal, épaissi, induré, violacé, recouvert de plaques grisâtres sphacélées. Le cul-de-sac du cœcum et l'origine de l'iléon sont tapissés d'une couenne purulente épaissie et adhérente.

On ouvre le cœcum et l'appendice : la paroi de ce dernier est indurée et sphacélée. On découvre un trajet fistuleux, sinueux, qui parcourt obliquement cette paroi et vient aboutir, par un pertuis étroit, dans le foyer purulent principal.

Les lésions inflammatoires étaient nettement localisées autour du cæcum et s'arrêtaient au-dessus de la cavité pelvienne : il était dès lors acquis que la péritonite appendiculaire n'avait aucun rapport avec la zone annexielle et opératoire.

Réflexions. — Le fait dominant est l'appendicite apparaissant comme complication postérieure à l'opération, soit qu'une première poussée éteinte ait eu lieu six mois auparavant, soit qu'il ne s'agisse que d'une récidive mortelle.

C'est ensuite la marche insidieuse et sournoise de cette affection.

Il était donc difficile de songer à une lésion appendiculaire.

L'auteur ne voit pas le moyen d'établir une connexité entre l'opération et l'apparition de lésions appendiculaires.

On peut se demander, en outre, si la suppuration utérine était liée à la suppuration péritonéale préexistante.

L'auteur se croit en droit de supposer que l'infection génitale a créé une toxémie générale, et celle-ci pourrait être accusée d'avoir amené l'appendicite secondaire, de même que certains cliniciens ont fait remarquer la recrudescence de l'appendicite avec une recrudescence analogue et simultanée de la grippe.

22. — Polynéoplasie. Sarcome kystique du mésentère. Fibromatose utérine opérée antérieurement par le procédé d'Amussat et récidivée. — Rétro-prolapsus de l'utérus. Papillome du museau de tanche.

Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. — La Gynécologie, 15 avril 1904

Dans l'observation qui va suivre, se trouve un cas dans lequel sont réunies des lésions aussi intéressantes prises isolément qu'envisagées dans leur association :

1° Tumeur abdominale volumineuse simulant un kyste ovarique et qui, en réalité, s'est développée aux dépens de l'extrémité inférieure du mésentère ;

2° Prolapsus considérable de l'utérus et du vagin, formant une grosse tumeur extérieure ;

3° Disposition anormale du fond de l'utérus bourré de myomes et rétroversé pour plusieurs causes : augmentation de volume et de poids du fond de l'organe ; allongement de l'isthme, tel que la cavité utérine mesurait dans sa totalité une longueur de 16 centimètres ; enfin, compression exercée par la tumeur mésentérique.

Les masses les plus inférieures de cette tumeur du mésentère adhéraient profondément au fond de la cavité pelvienne et au rectum par un premier prolongement postérieur ; et, par un prolongement antérieur plus volumineux, elles étaient attachées à la vessie, à la face antérieure de l'utérus et aux parois pelviennes.

Observation.

Mme R..., âgée de 42 ans, domestique, très pâle, très maigre, est examinée le 18 février 1904.

Antécédents héréditaires peu intéressants.

Antécédents personnels : réglée à 18 ans, menstruations sans douleur, durant 4 à 5 jours. Grossesse à 20 ans. Accouchement à terme.

En janvier 1901, des pertes sanguines apparaissent ; les règles augmentent, se prolongent ; la malade perd d'une façon continue. En mai 1901, s'ajoute aux pertes séro-sanguinolentes un écoulement puriforme fétide. M. Bouilly l'opère à Cochin, le 21 juin 1901 : il extrait des fibromes intra-utérins, par le procédé d'Amussat. L'état général de la malade s'améliore. Cette femme était depuis dix ans assujettie à un travail très pénible ; elle se fatiguait tout le jour et une partie de la nuit.

En décembre 1902, elle s'aperçoit de l'existence d'un prolapsus utéro-vaginal: elle éprouve des sensations de tiraillements dans les reins ; le moindre effort devient impossible ; l'incontinence d'urine s'établit ; pas de constipation. La menstruation est encore régulière : les dernières règles ont eu lieu le 26 janvier 1904, très abondantes.

Examen de la malade.

Hors de l'orifice vulvaire, une tumeur grosse comme le poing, saillante, recouverte par la muqueuse vaginale inversée ; il ne reste plus trace du cul-de-sac antérieur du vagin : la hernie de la paroi est totale.

Au pôle inférieur de cette tumeur est le col utérin : la lèvre postérieure présente une excroissance néoplastique, très dure, résistante, comme ulcérée.

Le cul-de-sac vaginal postérieur est bien accusé et ne disparaît pas sous la poussée effectuée par la malade.

Pas de colpocèle postérieure ; le releveur de l'anus est contractile et bien développé.

Il existe un allongement hypertrophique du col révélé par le toucher et l'hystérométrie, qui indique 16 centimètres de cavité utérine.

La portion cervicale de l'utérus retombe sur le périnée, le corps retombe dans le Douglas ; c'est un type d'utérus rétroversé, en baltère ou en bissac.

L'exploration abdominale révèle l'existence d'une tumeur semi-fluctuante, avec des parties solides et liquides, remontant au-dessus de l'ombilic, grosse comme une tête d'adulte et n'ayant pas déterminé de troubles, si bien que la malade ne s'en est pas aperçue.

12 mars 1904. Opération. — On commence par la laparotomie, au lieu de l'opération plastique vaginale.

Incision sous-ombilicale de 12 centimètres. Après ouverture du péritoine on tombe sur une tumeur kystique, multiloculaire, rénitente, élastique, bleuâtre, polie et brillante. Après ponction de cette tumeur, il s'écoule environ 1 li-

tre de liquide gélatineux, jaunâtre. On s'occupe alors d'opérer l'isolement de la tumeur : elle est adhérente à l'intestin grêle, à l'épiploon, au rectum, à l'utérus et aux annexes ; le décollement est poursuivi minutieusement, et l'on arrive au pédicule qui s'implante sur la colonne vertébrale au niveau de l'insertion inférieure du mésentère. Un prolongement de la tumeur s'engage sous le colon ascendant et remonte jusque sous le foie ; on libère ce prolongement de ses adhérences avec le colon, l'épiploon et le diaphragme. Le kyste dans son entier est extrait de l'abdomen.

Puis l'hystérectomie est pratiquée d'après le procédé classique:

Examen des pièces. — Le kyste enlevé pèse avec son contenu 1.250 grammes ; étalé, il présente deux parties : l'une inférieure, pelvienne, pédiculaire, masse bourgeonnante composée de 7 à 8 nodules gros comme des noix ; dans son tout, ce bourgeon pédiculaire est gros comme le poing. L'autre partie de la tumeur kystique,du volume d'une tête d'adulte est traversée de travées fibreuses. Le néoplasme a toute l'apparence d'un fibro-sarcome kystique, dont le point d'implantation est sur l'extrémité inférieure du mésentère.

L'utérus enlevé a la forme d'une poire énorme, dont le sommet correspondrait à la région du fond de l'organe.

Sur les deux parties latérales sont développées deux masses fibreuses, l'une, droite et postérieure, grosse comme un abricot, l'autre gauche, volumineuse comme une grosse pêche.

A la coupe longitudinale de l'utérus, on constate un véritable nid de fibromes de toute grosseur occupant sa paroi et sa cavité. L'utérus pèse 345 grammes.

Les annexes sont à peu près normales.

Conclusions. — Il est fait surtout mention de la coïncidence de plusieurs néoplasmes chez le même sujet et de la singularité de l'un d'eux : le *fibro-sarcome du mésentère.*

Cette femme présente, en outre, un exemple de récidive de *fibro-myome* après l'énucléation, ce qui n'est pas en faveur des procédés de conservation dans les fibro-myomes de l'utérus.

L'allongement hypertrophique de l'isthme doit être signalé, autant parce qu'il est associé à d'autres tumeurs, que pour le rôle qu'il joue ici dans le prolapsus génital accentué.

La tumeur *papillomateuse du col*, du volume d'une noisette, est un incident néoplasique de plus.

23. — Enucléation des fibromes utérins par la voie vaginale. Reproduction de nouvelles tumeurs.

Société d'Obst., de Gyn. et de Péd. — La Gynécologie, 15 décembre 1900.

L'énucléation des fibromes de l'utérus peut se faire par voie abdominale et par voie vaginale. Le premier mode a été inauguré par Martin, le second par

Amussat. Vulliet montra de quelle utilité pouvait être la dilatation méthodique de la cavité de l'utérus fibromateux : par ce moyen, la cavité de la matrice agrandie permettait l'inspection facile de sa paroi et l'introduction des instruments nécessaires. Vulliet livrait l'expulsion de la tumeur aux seuls efforts du muscle utérin.

L'auteur, tout en appréciant l'emploi de la dilatation préalable proposée par Vulliet, ne s'est jamais satisfait de sa proposition, qui consistait à laisser l'utérus dilaté se débarrasser spontanément du néoplasme ; il a mis au contraire à profit l'agrandissement de la cavité de la matrice pour procéder extemporanément à l'ablation des tumeurs une fois reconnues.

Sur 16 opérées, l'auteur relève 4 récidives dont l'observation est fournie ci-après ; il faut remarquer que 5 des autres opérées étaient arrivées à la période de la ménopause au moment de l'intervention, et qu'une sixième, opérée en pleine septicémie, succomba.

Observation I (Thèse de Sécheyron).

Fibrome sous-muqueux en voie de décomposition putride. Le 2 mars 1884, la malade a un frisson ; le Dr Doléris se décide à intervenir ; la curette met à découvert un foyer de liquide putride profondément situé. La tumeur est sessile; il est impossible de la circonscrire avec un lien. Le 3 mars, on endort la malade, et on procède à une opération radicale ; la section bilatérale du col, à 3 centimètres de hauteur est effectuée. La tumeur est extraite, en trois fragments successifs ; la perte de sang a été très modérée. La tumeur était constituée par un fibrome dur. Plus de 3 mois après, le 15 juin 1884, la malade est satisfaite de son état général, mais son utérus a un volume triple de l'état normal, tandis que la cavité ne mesure que 9 centimètres ; en 1888 il a fini par se développer un fibrome qui remplit une partie du bassin ; enfin en 1893 ce fibrome avait pu s'atrophier après la ménopause.

Observation II.

Nullipare, âgée de 44 ans ; perd continuellement depuis 5 semaines ; le corps de l'utérus a le volume d'une grosse orange ; il est régulier et sphérique, sans nodules saillants à la surface externe.

La malade est endormie ; le col divisé bilatéralement : une tumeur molle fait saillie dans la cavité utérine. Le néoplasme est attaqué avec une large curette tranchante, et est extirpé en de nombreux fragments ; le reste de la tumeur, offrant les caractères d'un fibro-myome, est enlevé avec des pinces et des ciseaux.

Pendant 2 ans, l'opérée s'est portée très bien. En février 1888, des hémorrhagies abondantes apparurent ; une tumeur dure fait saillie au col utérin. La malade est réopérée, et le Dr Doléris extrait par morcellement une masse fibreuse composée de nodules fibromateux et pesant 700 grammes. Depuis, l'opérée jouit d'une bonne santé.

Observation III.

Mme B., 31 ans. Depuis 2 ans, ses époques amènent des hémorrhagies qui l'obligent à s'aliter ; les douleurs sont intenses et prolongées. En décembre 1888, l'utérus a le volume d'une orange ; il remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; la paroi antérieure de l'utérus accuse une saillie vaguement nodulaire.

On décide la dilatation méthodique ; l'index arrive sur une tumeur de consistance dure qui fait un relief peu marqué dans la cavité.

Opération le 10 janvier 1889.

Incision bilatérale du col. Enucléation d'un fibrome ayant les dimensions d'une pomme d'api ; extirpation d'un deuxième fibrome, à siège plutôt sous-péritonéal que sous-muqueux, qui fut diagnostiqué au cours de l'opération même. Les suites de l'opération sont normales.

En juin 1900, la malade est avertie par une série de ménorrhagies. L'utérus est développé au point de faire saillie à l'hypogastre. L'hystérectomie abdominale est pratiquée le 26 juin : la tumeur est formée par l'utérus bourré de fibromes purs, blanc nacré à la coupe. L'opération a des suites normales.

Observation IV.

Malade âgée de 54 ans. En 1894, on extirpe un fibrome par la voie vaginale. D'après les renseignements fournis par la malade, ce fibrome avait le volume d'une orange ; en 1895, 13 mois après, nouvelle opération et ablation d'un petit fibrome ; en 1897, troisième opération. Le 30 avril 1900, la malade consulte M. Doléris. On constate la présence d'un fibrome piriforme, dont l'extrémité apparaît à la vulve, et qui a les dimensions d'une tête de fœtus.

Le 3 mai, l'opération est pratiquée : le morcellement est fait par voie vaginale : les fragments sont constitués par du tissu de fibromyome typique.

Les suites opératoires sont normales.

Conclusions : En résumé, sur ces quatre malades, chez lesquelles la récidive de fibromes utérins s'est effectuée ultérieurement, trois ont été réopérées; une seule a traversé la crise de la ménopause sans accidents.

La seule qui fût, en raison de son âge, susceptible de bénéficier de l'opération conservatrice, n'est pas devenue enceinte.

L'énucléation est une opération assez sérieuse qui réclame l'emploi du chloroforme.

Elle expose à quelques dangers, dont le principal est l'ouverture de la paroi utérine du côté du péritoine, danger grave si cette ouverture passe inaperçue du chirurgien.

Le sang peut également faire irruption dans la séreuse. Enfin, lorsqu'il reste une couche de tissu utérin indemne, cette couche peut être assez mince et assez peu vasculaire pour se sphacéler secondairement et entraîner les mêmes accidents.

Aujourd'hui que l'hystérectomie est entrée dans la période de sécurité, l'auteur se demande s'il y a lieu de recourir aux opérations conservatrices, qui laissent la porte ouverte à une nouvelle intervention dans l'avenir. Il conclut que l'énucléation ne comporte que des indications assez limitées.

24. — Fibrome utérin et reins kystiques.

La Gynécologie, 15 avril 1903.

Observation d'une malade opérée pour fibrome volumineux, et qui présentait quelques signes vagues de néphrite chronique. Cette malade mourut d'urémie comateuse, avec hémiplégie gauche, le troisième jour après l'opération, sans avoir jamais présenté auparavant le moindre accès urémique.

Maria L..., 44 ans.

Antécédents personnels : Deux grossesses datant de 16 et 18 ans, pas de douleurs ; depuis quatre mois elle a des soifs vives, les urines ne contiennent pas de sucre, mais des traces d'albumine ; tendance à la constipation ; depuis deux mois son ventre grossit.

— L'abdomen est volumineux, sans circulation collatérale. On sent sur la ligne médiane, une grosse masse régulière qui remonte jusqu'à l'ombilic et le dépasse à droite ; elle est de consistance dure.

A gauche, elle se continue avec une tuméfaction plus molle.

Opération le 31 mars 1903 par M. Doléris :

On trouve un fibrome lisse, énorme, sans adhérences pariétales ni intestinales, qui est enlevé par l'hystérectomie abdominale subtotale ; l'opération est faite facilement et rapidement.

A la coupe, le fibrome est recouvert par une mince couche de tissu utérin ; présente de nombreuses géodes, du volume d'une noisette, remplies d'un liquide gélatiniforme, foncé.

Il faut noter d'abord que, pendant l'opération et par deux fois, la malade a cessé de respirer : une première fois immédiatement après l'ablation du fibrome, une deuxième fois pendant le pansement, après que l'on avait cessé le chloroforme ; des flagellations de la face suffirent pour rétablir la respiration.

— Le 1er avril la malade est encore somnolente ; elle présente une large hémorrhagie sous-conjonctivale de l'œil gauche.

Le 2 avril l'état comateux s'établit ; on constate de plus une hémiplégie flasque du côté gauche, épargnant la face ; la sensibilité est abolie ; il y a relâchement des sphincters ; la malade urine sous elle et a de la diarrhée continuelle.

Le 3 avril, la langue est sèche, rôtie ; la malade meurt à 10 heures du matin, sans convulsions ni contracture. La température est toujours restée normale.

Autopsie: L'examen montre, sur le tiers antérieur des ***hémisphères cérébraux***,

une infiltration séreuse, diffuse, sous-méningée ; quelques îlots de pachyméningite au niveau des 2e et 3e circonvolutions frontales droites; l'artère sylvienne droite était athéromateuse. Cœur, foie, rate, poumon à peu près normaux.

Les reins : volumineux, polykystiques. — Rein droit : 550 grammes, rein gauche 490 grammes.

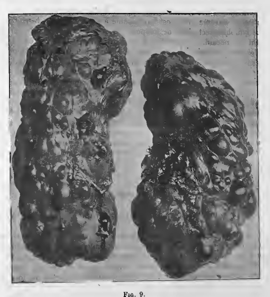


Fig. 9.

Chacun d'eux est constitué par une grappe de grosses vésicules semi-transparentes, légèrement troubles, tremblotantes ; les unes claires à contenu citrin, les autres de couleur plus foncée, rouge ; leur volume variant d'une noisette à une noix. Les kystes sont accolés les uns aux autres avec absence de tissu rénal presque complète ; ils ressemblent à un bloc d'hydatides.

Les uretères, les bassinets, les capsules surrénales sont normaux.

Le moignon utérin, ainsi que les viscères abdominaux sont indemnes de toute altération.

Conclusions : La maladie kystique a évolué sous forme d'une néphrite chronique avec urines légèrement albumineuses, abondantes, sans qu'il y ait eu, à un moment donné, de période urémique, anurique, hématurique, sans hypertrophie du ventricule gauche.

L'urémie comateuse a été la première manifestation grave de lésions que l'autopsie a montré, cependant, être anciennes.

La coïncidence des lésions kystiques bilatérales des reins, avec des lésions kystiques du fibrome utérin est intéressante à noter : il s'agit bien d'un fibromyome lymphangiectasique de Léopold.

Quant au mécanisme immédiat de la mort, on peut dire que, à l'état ordinaire, le rein suffisait à l'élimination des produits de désassimilation : mais l'anesthésie chloroformique a été la chiquenaude qui a rompu l'équilibre instable entre l'intoxication et l'épuration normale de l'organisme.

L'urémie s'est accompagnée d'hémiplégie des membres du côté gauche, due probablement à un œdème localisé au niveau de l'encéphale, aggravant les lésions athéromateuses qui siégeaient sur l'artère sylvienne droite.

Comme conclusion pratique à cette observation, l'auteur ajoute qu'il faut examiner très soigneusement les urines et faire l'exploration des reins, avant d'opérer un fibrome s'accompagnant de quelques troubles rénaux. L'anesthésie chloroformique prolongée donne aux lésions rénales une gravité subite, et l'idéal serait de substituer à cette anesthésie toxique une anesthésie qui n'ait aucune action nocive sur les reins.

25. — Métrites et fausses métrites

Un volume de 600 pages (*Paris, 1902. Maloine, éditeur*).

Dans ce livre, l'auteur a réuni une série de ses travaux antérieurs sur les affections inflammatoires de l'utérus et leur traitement. « La métrite *vraie*, dérivée d'une infection » ; telle est la proposition qui s'inscrit en tête des nouvelles conceptions acceptées sur cette maladie. — « A côté des métrites, il existe des *fausses métrites*, affections dans lesquelles l'infection ne joue aucun rôle. » Telle est la seconde proposition développée par l'auteur. Elles dérivent de processus nombreux et variables dépendant, soit de troubles physiologiques passagers ou durables, soit de dispositions constitutionnelles. — Les mémoires anciens résumés dans cet ouvrage, se trouvent reliés par des additions nouvelles, qui en font un livre original et didactique, qui résume l'évolution de la question dans ces vingt dernières années.

TABLE ANALYTIQUE

Paris. — Imprimerie A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*